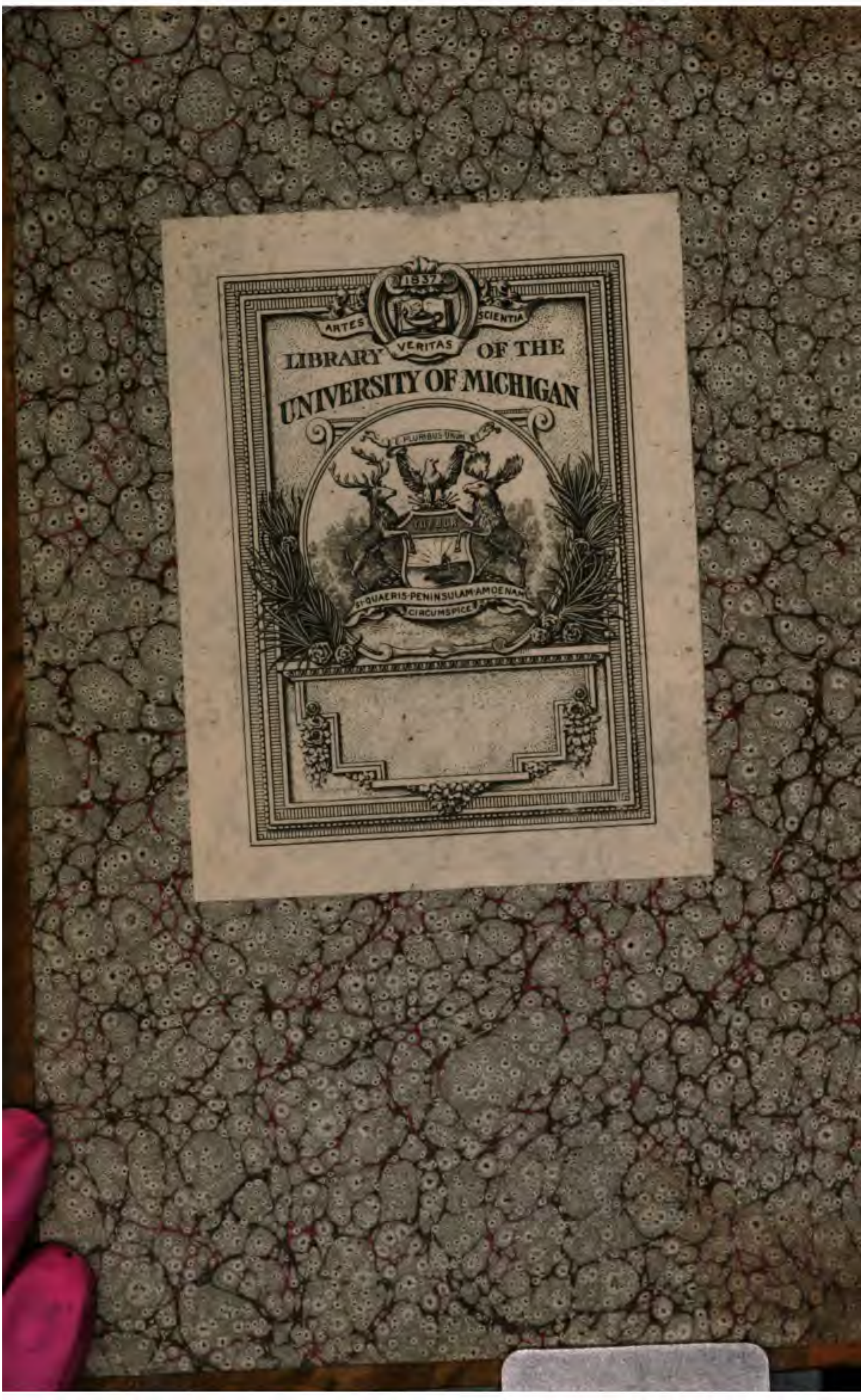
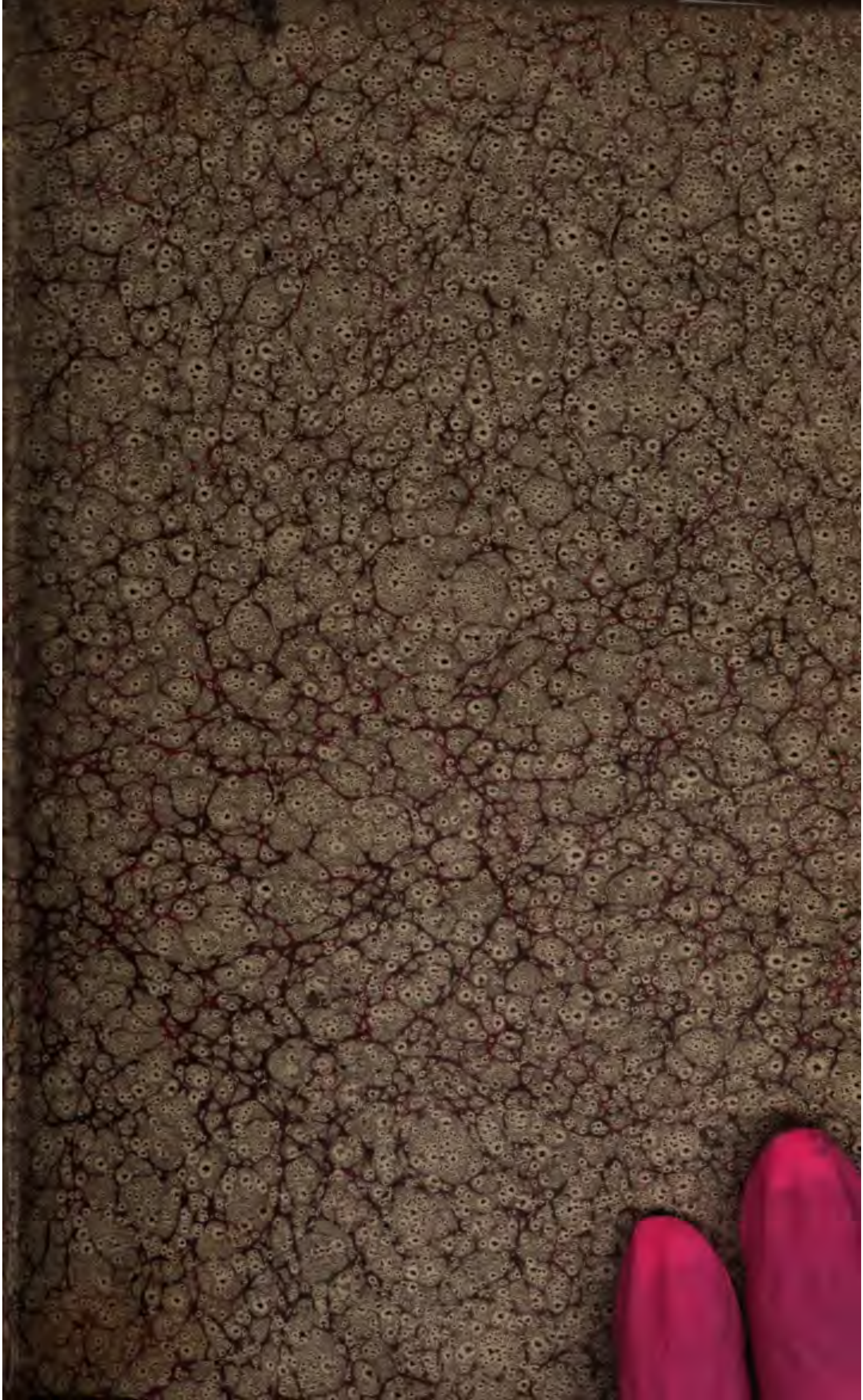
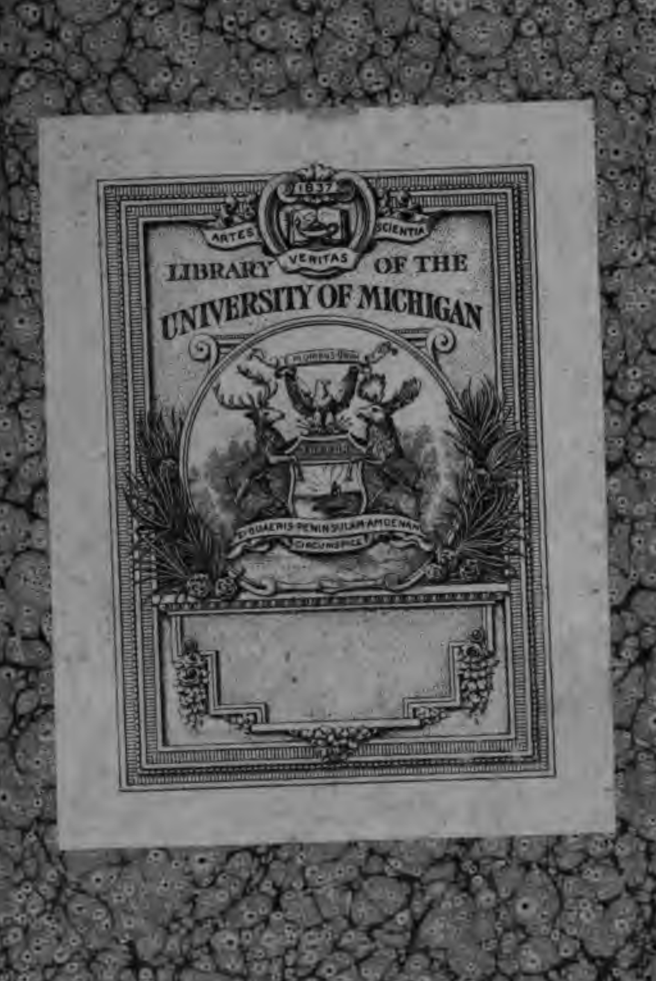
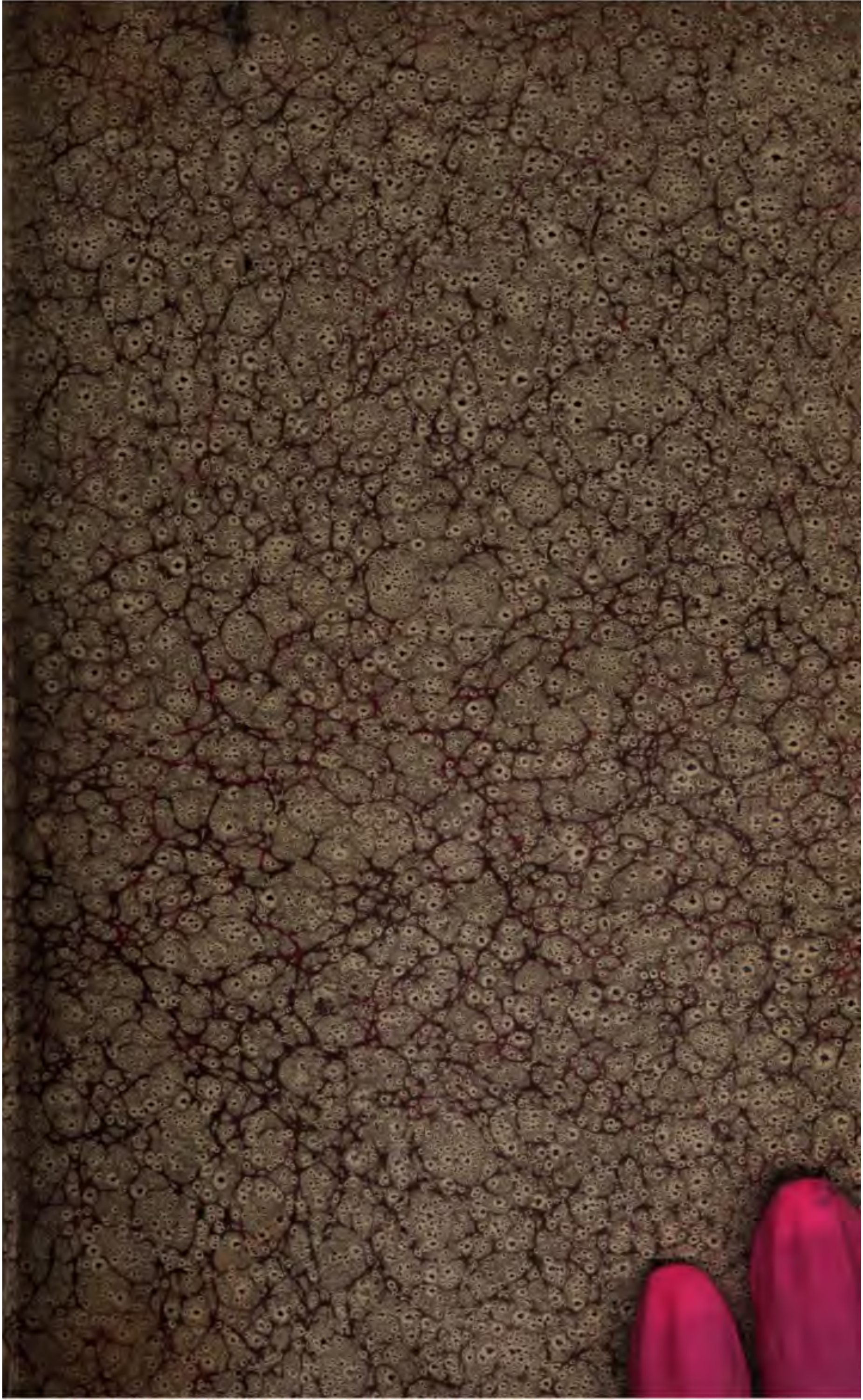


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE




1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



ARCHIVES GÉNÉRALES
DE MÉDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE,

JOURNAL COMPLÉMENTAIRE DES SCIENCES MÉDICALES;

PUBLIÉ

Par le Dr RAIGE-DELORME,

AVEC LA COLLABORATION SPÉCIALE :

Pour les *sciences anatomiques et physiologiques*, de MM. Cl. Bernard, Denonvilliers, Longet, Mandl, Regnauld ;

Pour les *sciences médicales*, de MM. Aran, Barth, Beau, Blache, Calmeil, Alph. Cazenave, Fauvel, Grisolle, Roger, Tardieu, Valleix ;

Pour les *sciences chirurgicales et obstétricales*, de MM. Cazeaux, Gosselin, Laugier, Lenoir, Richet, Voillemier ;

Pour les *sciences historiques et philosophiques de la médecine*, de MM. Daremberg et Littré.

Paris. — Rignoux, Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis*.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE,

JOURNAL COMPLÉMENTAIRE

DES SCIENCES MÉDICALES.

4e Série. — **Tome XV.**

PARIS.

LABÉ, ÉDITEUR, LIBRAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
place de l'École-de-Médecine, 4;

PANCKOUCKE, IMPRIMEUR-LIBRAIRE, RUE DES POITEVINS, 14.

1847

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

Septembre 1847.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

DE LA PHLÉBITE CÉRÉBRALE ET MÉNINGÉE CHEZ LES FEMMES EN COUCHES;

Par le Dr F.-M. DUCREST.

La phlébite se développe rarement dans le cerveau et les méninges des femmes en couches : du moins ne l'ai-je rencontrée que cinq fois sur deux cent cinquante-neuf cerveaux que j'ai examinés à la Maison d'accouchements. Cette rareté me fait croire que les observations suivantes ne seront pas complétement dépourvues d'intérêt : la première est un exemple de la gravité que la phlébite cérébrale peut avoir par elle-même, indépendamment de toute lésion concomitante de l'encéphale ; les autres s'accompagnent de divers désordres graves soit au cerveau, soit aux méninges, désordres dont la présence comporte plus d'une interprétation.

Ces observations, présentées sous un seul point de vue, admettaient des réductions nombreuses : j'ai dû, cependant, m'imposer une certaine mesure, afin de laisser son ensemble à chaque tableau particulier, où, comme on verra, la phlébite

cérébrale ne tient pas toujours la plus large place. Lorsque les symptômes cérébraux étaient trop épars au milieu des autres, j'ai tâché de les rassembler en un même groupe; ce qui m'a paru rendre plus saisissables l'ordre dans lequel ils se sont développés et la marche qu'ils ont suivie.

OBSERVATION I. — Ber..., âgée de 19 ans, pâle, maigre, chétive, donnant les signes de cavernes au sommet de chaque poumon, accoucha à la Maternité, le 6 septembre 1840, d'un enfant mâle, estimé à 8 m. $\frac{1}{2}$, du poids de 2 kilogrammes. Elle fut ensuite transportée à l'infirmerie où l'on observa d'abord un peu d'accélération du pouls et quelque chose de singulier dans les mouvements des paupières, des lèvres et de la langue qui étaient agitées d'une sorte de tremblotement quand on faisait parler; du reste, pas de céphalalgie; intelligence intacte, réponses justes et précises; rien du côté de l'ouïe ni de la vision; aucune douleur nulle part; abdomen souple, de volume naturel, indolent à la pression; lochies normales; soif modérée; appétit. (*Infusion de fleurs de tilleul et de feuilles d'oranger; potion antispasmodique; bouillons.*)

L'accouchée fut tenue à ce régime pendant quelques jours; on ne fit pas de médication active. Cependant les tremblotements, l'agitation de la face, la fréquence du pouls, augmentèrent. Le soir du 13, il survint un peu de délire, une forte céphalalgie et quelques mouvements convulsifs des membres. Le 14, on prescrivit un bain tiède qui fut suivi d'une sensation de mieux-être; néanmoins le pouls demeura aussi fréquent; le délire, qui avait cessé pendant le jour, revint le soir; la nuit fut très-agitée. Le 15, à six heures du matin, j'avais vu cette malade qui ne m'avait pas répondu avec plus de difficulté que la veille: à sept heures et demie, lorsque je revins à son lit, elle ne pouvait presque plus parler; mais aucune déviation de la face n'était apparente; on ne trouvait aucun signe de paralysie des membres; la respiration et le pouls étaient accélérés. (*Infusion de feuilles d'oranger; potion éthérée; vésicatoire à la nuque; bain.*)

A neuf heures et demie, après le bain, pouls vif, assez résistant, à 112; respiration à 56; léger râle trachéal; passage de l'air bruyant à travers les fosses nasales; à chaque inspiration, les cartilages du nez se dépriment, tandis que les ailes, également mobiles, se soulèvent fortement; l'œil gauche paraît un peu plus saillant; les traits demeurent d'ailleurs symétriques; les deux pupilles sont

normales. Mâchoires serrées, ne pouvant être écartées que très-peu l'une de l'autre; langue sèche; parole incomplétement articulée, inintelligible, ce dont la malade s'aperçoit; car, après avoir essayé de parler, elle ne répond plus que par signes, mais de manière à ne pas laisser de doute sur l'intégrité de l'intelligence. Les quatre membres conservent la sensibilité; la motilité y est très-affaiblie: c'est à peine si elle peut mouvoir la jambe gauche; les deux mains sont si faibles, qu'elles ne peuvent exercer aucune constriction, ni retenir aucun objet.

Le soir, à cinq heures, la tête est tournée à gauche; si on l'en détourne, elle s'y reporte dès qu'on l'abandonne à elle-même; il y a, à chaque inspiration, un sifflement très-fort à travers la narine gauche dont l'aile ainsi que le cartilage se dépriment en même temps et rétrécissent l'ouverture, ce qui n'a pas lieu à droite où il ne se produit pas de sifflement. Résolution et insensibilité complète des membres gauches; les mouvements et la sensibilité persistent à droite à peu près comme à neuf heures et demie du matin. Pouls vif, si rapide qu'on ne peut le compter; respiration à 48, accompagnée chaque fois d'un cri plaintif. — A six heures et demie, la respiration se ralentit; le cri plaintif qui l'accompagnait cesse de se faire entendre; le pouls tombe à 60, conservant d'abord assez de force; puis il faiblit rapidement et devient imperceptible. — De loin en loin, quelques inspirations profondes qui cessent au bout de deux minutes; l'oreille ne perçoit plus à la région du cœur qu'un seul bruit très-lent et qui finit par s'éteindre; les tendons des poignets et des doigts sont agités d'un petit frémissement qui cesse après une ou deux minutes; les pupilles s'élargissent, la gauche beaucoup plus que la droite.

Autopsie quarante heures après la mort. — *Tête.* Rien de particulier à la dure-mère; sérosité limpide en petite quantité dans la cavité de l'arachnoïde, en quantité beaucoup plus grande dans les mailles de la pie-mère. La substance cérébrale a partout la couleur et la consistance naturelles; mais, dans la moitié droite de la protubérance annulaire, et dans les pédoncules cérébral et cérébelleux du même côté, les vaisseaux qui traversent l'épaisseur de cette partie sont distendus, du volume d'une tige de forte épingle, remplis par des caillots noirs et fermes, tellement qu'au premier aspect de la coupe on est tenté de prendre cette altération pour une hémorrhagie miliaire. Avec un peu d'attention, on reconnaît que les caillots sont contenus dans les vaisseaux: en grattant avec la pointe du scalpel la substance qui les entoure, ou dé-

couvre de petits cylindres bruns, de plus d'un centimètre de long, plus fermes que ceux d'une hémorrhagie; la coupe en est aussi plus sèche: ils ont un aspect identique à celui des concrétions sanguines qu'on trouve dans les veines à une certaine période de la phlébite. La substance nerveuse qui entoure ces cylindres conserve sa couleur, sa consistance, son aspect naturels; pas la moindre apparence d'imbibition sanguine, pas la moindre rougeur dans toute l'étendue affectée. L'altération n'atteint ni l'hémisphère cérébral, ni le cervelet; elle demeure limitée aux pédondules cérébral et cérébelleux droits et à la portion intermédiaire de la protubérance; la pie-mère n'y participe pas.

Poitrine. Petites cavernes multiples, remplies d'une matière épaisse blanchâtre, à la partie supérieure des deux poumons que des adhérences anciennes unissent aux parois thoraciques; tubercules en grand nombre dans le reste de l'étendue.

Abdomen. Rien d'anormal dans la cavité du péritoine, ni dans les viscères abdominaux, excepté sur le côté droit de l'utérus, où l'on trouve un vaisseau plein de pus, qui se renfle vers l'angle supérieur de l'organe et représente un petit foyer purulent, cerné par une induration ardoisée de 2 millimètres d'épaisseur, à laquelle le tissu propre de l'utérus concourt pour une bonne part.

Malgré les tubercules et les cavernes, les symptômes, au milieu desquels cette femme a succombé, ne permettent pas d'attribuer la mort à d'autres lésions qu'à celle de la protubérance; et la nature de cette lésion n'est point douteuse : les caillots solides qui distendent les vaisseaux ne peuvent être rapportés qu'à la phlébite. Ils sont tous de couleur brune, sans indice de suppuration, médiatement entourés par une substance nerveuse d'aspect normal, et les méninges demeurent en dehors de toute altération; c'est-à-dire que la phlébite est ici dans son état de plus grande simplicité. Je laisse, d'ailleurs, au siége dans la protubérance toute l'importance qu'il peut avoir, et ne conteste pas que l'altération puisse offrir moins de gravité quand elle réside dans une autre partie de l'encéphale.

Je dois signaler deux autres faits parce qu'ils se présenteront de nouveau dans les observations qui suivent : le premier

est l'existence de cavernes ou de tubercules dans les poumons; le second est la présence du pus dans l'un des vaisseaux utérins, avec un tel état des tissus ambiants, que la maladie paraît être manifestement plus avancée dans ce vaisseau que dans ceux de la protubérance.

Obs. II. — Eugénie Dug..., âgée de 25 ans, fut reçue à la Maternité le 17 janvier 1842, et accoucha naturellement le 18. Les douleurs utérines, qui avaient cessé après la délivrance, recommencèrent bientôt avec intensité, et, presque en même temps, il s'en déclara le long des cuisses et des jambes: l'abdomen jouissait d'une vive sensibilité à la pression sur les points qu'occupait l'utérus. Il y eut, dès les premiers jours, des frissons répétés, une diarrhée fétide, d'un vert porracé comme la matière de certains vomissements, accompagnée de coliques seulement vers la fin de la maladie; la sécrétion du lait ne se fit pas; des morsures de sangsues suppurèrent aux régions inférieures du ventre.

Dès le huitième jour, les douleurs et la sensibilité utérines avaient cessé et ne revinrent pas; celles des membres inférieurs se suspendirent depuis le neuvième jusqu'au treizième jour inclusivement; la malade toussa et fut oppressée la nuit du onzième au douzième jour, et, le lendemain, donna à l'auscultation du râle crépitant fin à la partie postérieure et latérale du poumon droit; le quatorzième jour, il revint de la douleur au membre inférieur gauche, dont les mouvements étaient difficiles et douloureux à la fesse; on trouva celle-ci empâtée, tuméfiée, descendant plus bas que la droite; des élancements continuels s'y firent sentir le quinzième jour, et la tuméfaction gagna le haut de la face externe de la cuisse; le seizième jour, une eschare s'était formée sur le sacrum; le dix-septième, une incision sur la fesse donna issue à une grande quantité de pus grisâtre, à des gaz fétides et à des morceaux de tissu cellulaire gangrené.

Il n'y eut, les premières nuits, que de l'insomnie et de l'agitation; puis il vint du délire auquel succédèrent trois nuits consécutives de sommeil assez calme; après celles-ci, l'insomnie revint, et, enfin, le délire les deux dernières nuits. Si l'on excepte le dernier jour, ce délire ne fut jamais manifeste que la nuit: à l'heure des visites, c'est-à-dire de sept à neuf heures du matin et de quatre à six du soir, l'intelligence n'offrit rien d'insolite jusqu'au matin du 26 (huitième jour de la maladie, lendemain de la suspension du dé-

lire et du retour du sommeil, et premier jour de la cessation des douleurs utérines); alors, on remarqua un peu d'obtusion, une certaine lenteur dans les réponses qui étaient auparavant assez promptes et faciles; cependant il n'y avait point encore de céphalalgie; la malade en accusa le matin du 27 pour la première fois: cette céphalalgie, une fois déclarée, persista jusqu'à la fin, toujours à un degré modéré. L'obtusion de l'intelligence progressa lentement et ne fut très-prononcée que les dernières vingt-quatre heures. La mort eut lieu le dix-septième jour, 4 février, à sept heures du soir. Le pouls avait varié entre 108 et 140, la respiration entre 28 et 48.

Ouverture le 6, à midi. — *Tête*. Rien de particulier dans les sinus de la dure-mère; sérosité claire, en petite quantité dans la cavité de l'arachnoïde, abondante dans les mailles de la pie-mère. Plusieurs branches veineuses, qui rampent sur la convexité de l'hémisphère droit, sont remplies de caillots adhérents, blanchâtres, fermes, secs et cassants; à mesure que ces branches s'enfoncent dans les anfractuosités, le caillot qui les distend prend une couleur noire sans cesser d'être ferme. La pie-mère de cette partie a contracté des adhérences anormales avec la surface du cerveau, dont elle entraîne une couche assez épaisse; sur une largeur de 5 à 6 centimètres, la substance corticale, d'un rouge qui tranche sur la couleur des portions voisines, est plus molle, non diffluente, traversée, dans son épaisseur, par trois ou quatre ramuscules remplis de caillots bruns et fermes comme ceux des veines de la pie-mère dans les anfractuosités. L'altération ne s'étend pas à la substance blanche; il n'y a de pus en évidence ni dans la portion ramollie, ni dans les vaisseaux de la méninge. La substance médullaire n'est pas notablement injectée, mais partout molle et très-humide. Les ventricules contiennent une assez grande quantité de liquide clair et incolore. Rien de particulier au cervelet, ni à la protubérance, ni à la moelle allongée.

Poitrine. Un verre à un verre et demi de liquide épanché dans les plèvres, avec fausses membranes récentes dans celle du côté droit; pus ou caillots en partie ramollis dans plusieurs vaisseaux pulmonaires avec noyaux disséminés d'hépatisation rouge et grise. Tubercules, les uns miliaires, les autres gros comme des pois et en voie de ramollissement. — Cœur flasque, à tissu mou; très-peu de sérosité claire dans le péricarde.

Abdomen. Péritoine sain, sans traces de phlegmasie; un peu de rougeur à la membrane muqueuse de l'estomac le long de la petite

courbure seulement; ni rougeur, ni ulcération, ni plaques de Peyer, ni follicules solitaires saillants dans l'intestin grêle; quelques rougeurs çà et là dans le gros intestin.—Foie normal; bile de la vésicule en partie liquide et d'un jaune clair, en partie prise sous forme de gros pelotons mous et de couleur verte. — Rate de peu de largeur, mais très-allongée, de bonne consistance. — Surface interne et externe de l'utérus d'aspect normal; dans l'épaisseur des parois, sinus veineux et vaisseaux lymphatiques pleins de pus blanc liquide ou de concrétions molles blanchâtres; ligaments larges infiltrés de pus.

Membres. Du sacrum au grand trochanter gauche, le tissu adipeux sous-cutané est ou infiltré de pus, ou mortifié et en détritus grisâtre, ou vivement enflammé avec pelotons graisseux d'un rouge vif et friables; une couche saine, de 2 millimètres d'épaisseur, sépare ces désordres de la peau là où celle-ci n'est pas gangrenée. Le grand trochanter est sain; l'une des saillies médianes de la face postérieure du sacrum est dénudée.

Chez cette femme, la phlébite encéphalique réside presque uniquement dans les vaisseaux de la pie-mère, et s'accompagne d'un ramollissement rouge de la substance corticale : ces deux points la séparent de celle qui avait lieu dans la première observation dont elle se rapproche, du reste, et par la matière contenue dans les veines encéphaliques, qui n'est encore qu'à l'état de simples concrétions sanguines, et par la coïncidence d'une phlébite sur d'autres organes, l'utérus et les poumons, et par l'existence de tubercules pulmonaires.

La pneumonie lobulaire, signalée dans ce cas, est, comme le ramollissement du cerveau, entourée ou traversée par des veines qui sont affectées de phlébite; et il n'est pas possible de méconnaître une grande analogie entre les altérations de l'encéphale et celles du poumon, chez ce sujet. Mais les phlébites pulmonaire et utérine sont manifestement plus avancées que celle de l'encéphale.

Obs. III. — Marie Détr..., âgée de 34 ans, accouchée naturellement le 3 août 1840, ne cessa pas, après la délivrance, d'éprouver des douleurs utérines intermittentes et un point douloureux vers la fosse iliaque droite; le ventre était sensible à la

pression sur les régions occupées par l'utérus. Le 4, on fit une saignée du bras le matin, et une application de 20 sangsues le soir. Il y eut, le 5, de la céphalalgie qui cessa le 6 et ne revint pas; les douleurs et la sensibilité utérines diminuèrent le même jour; la sécrétion du lait commença le soir et se fit bien.

Le 8, il survint de l'engourdissement au bras droit qui avait été soumis à la saignée; le 10, une douleur vive, augmentée par le mouvement du bras, occupe les régions deltoïdienne et sus-claviculaire droites, avec un peu d'empâtement sur le deltoïde : les douleurs et la sensibilité utérines cessent complétement. Le 11, la tuméfaction se prononce à l'épaule et descend jusqu'au milieu du bras, sans changer nulle part la couleur de la peau; elle s'étend, le 12, à tout le membre, commence à diminuer le 14, et a complétement quitté la partie inférieure de l'avant-bras le 15; cependant, tout le membre demeure engourdi. Le 16, la malade accuse, pour la première fois, de l'engourdissement à la main gauche et aux deux mollets; le 17, la peau du bras droit se ride, la douleur y diminue; le 18, quelques mouvements peuvent être exécutés à l'épaule; le 20, la tuméfaction a disparu.

Le 17, c'est-à-dire le lendemain du jour où de l'engourdissement s'était déclaré à la main gauche et aux deux mollets, et le jour même où le membre droit tuméfié fut moins douloureux, l'intelligence, demeurée jusque-là hors d'atteinte, commence à s'affecter : les réponses sont lentes; la malade ne prête pas d'attention aux questions qu'on lui adresse et semble avoir l'esprit occupé de toute autre chose; il n'y a cependant pas de céphalalgie. Cet état persiste le 18; un frisson, le seul qui soit noté dans cette observation, a lieu sur les dix heures du matin. Le 19, les réponses sont d'une lenteur extrême, données de mauvaise grâce, comme si elles étaient pénibles; il se joint un peu d'assoupissement. Le 20, il y avait eu quelques vomissements glaireux, de forte odeur acide; l'assoupissement est plus prononcé et continuel; affaissement profond; râle sous-crépitant à la base des deux poumons en arrière; le soir, léger délire qui continue la nuit. Mort le 21, à dix heures du matin.

Ouverture le 22, à midi. — *Tête*. Le sinus latéral gauche, depuis le pressoir d'Hérophile jusqu'à la fosse jugulaire inclusivement, est rempli par un caillot de sang blanc rosé, ferme et sec, très-adhérent aux parois du sinus; les veines des parties postérieure et inférieure de l'hémisphère gauche qui viennent se dégorger dans ce sinus sont remplies de sang noir fortement coagulé, et demeu-

rent érigées comme si elles étaient distendues par une injection de cire. Un peu de sérosité claire dans la cavité de l'arachnoïde; infiltration claire très-abondante de la pie-mère; distension des ventricules latéraux par un liquide limpide.

Les ramifications vasculaires de la convexité du cerveau ne contiennent que très-peu de sang. La partie postérieure de l'hémisphère gauche, vers la fin de la portion horizontale du sinus latéral, offre un ramollissement des substances corticale et médullaire qui pénètre jusqu'au ventricule. La portion ramollie, de couleur grise rougeâtre, est cernée par une couche qu'on peut isoler des parties voisines comme on ferait des parois d'un kyste; cette couche varie en épaisseur de 2 à 5 millimètres, suivant les points qu'on examine; elle est surtout remarquable par une multitude de ponctuations rouges dues à autant de petits caillots dont elle est criblée. Plusieurs de ces caillots résident manifestement dans les vaisseaux: quand on enlève, en grattant, la matière nerveuse qui les entoure, on découvre des tronçons de petits cylindres, à peu près de 1 millimètre de diamètre; l'espèce de coque dans laquelle sont nichés ces caillots appartient à la substance médullaire à l'exclusion complète de la substance grise, tellement que, dans l'épaisseur des circonvolutions, l'état criblé demeure limité exactement à la portion blanche centrale, et la substance corticale qui l'entoure ne montre pas un seul caillot sur sa coupe.

Au niveau du sinus latéral gauche, le cervelet présente un ramollissement pareil à celui du cerveau, également entouré par une coque criblée de petits caillots qui n'intéressent non plus que la substance blanche, même dans l'épaisseur des lamelles. Il y a, de plus qu'au cerveau, une hémorrhagie à la surface de la pie-mère qui recouvre le ramollissement; le sang, caillé en plaques minces, est logé entre les lamelles du cervelet.

Poitrine. Pas d'altération, sauf un peu d'infiltration séreuse (œdème pulmonaire) à la partie postérieure des deux poumons.

Abdomen. Pas de traces de péritonite; muqueuse rouge au grand cul-de-sac de l'estomac sans épaississement ni ramollissement; nombreuses rougeurs le long de l'intestin grêle et du gros intestin; une seule plaque de Peyer un peu développée; pas d'ulcérations. — *Foie, rate, reins, vessie* normaux. Plusieurs sinus utérins contiennent du pus; de nombreux lymphatiques en sont remplis dans les ligaments larges et dans l'épaisseur des parois utérines où leurs renflements simulent de petits abcès.

Veines du bras droit épaissies, occupées de distance en distance

par des caillots canaliculés avec pus dans le canal. Entre le deltoïde et la capsule humérale, foyer de pus blanc qui pénètre dans l'articulation et dans la fosse sous-scapulaire; sérosité incolore dans le tissu cellulaire sous-cutané de ce membre.

La phlébite des vaisseaux de la pie-mère et le ramollissement cérébral rapprochent cette observation de la deuxième. Ce qui les distingue l'une de l'autre est surtout l'extension de la phlébite aux sinus de la dure-mère et l'hémorrhagie qui coïncide avec cette circonstance. On notera, de plus, 1° que le ramollissement n'est point limité à la substance corticale comme chez le sujet de l'observation précédente, mais qu'il intéresse aussi la substance médullaire; 2° qu'il porte à la fois sur le cerveau et sur le cervelet, dans des points qui sont très-rapprochés, il est vrai, et qui se correspondent, mais qui n'offrent cependant pas de continuité, séparés qu'ils sont par la tente cérébelleuse; de manière que ces deux ramollissements, identiques sous tous les rapports, n'ont d'autre voie de ralliement que l'affection du sinus latéral auquel leurs vaisseaux aboutissent; 3° que la substance blanche forme autour une sorte de coque criblée de petits caillots dont plusieurs sont évidemment contenus dans les vaisseaux; 4° enfin, que les poumons sont exempts de tubercules. Toutefois, il existe du pus dans les vaisseaux utérins comme dans les deux observations précédentes, et c'est par l'utérus que les symptômes ont commencé.

Il faut remarquer aussi que l'hémorrhagie s'est faite à la surface de la pie-mère; qu'elle s'est logée entre les lamelles du cervelet, c'est-à-dire sur des points où la pie-mère n'a pas de connexions avec l'arachnoïde; et qu'elle n'intéresse aucunement la substance cérébelleuse, malgré la condition favorable qui résultait du ramollissement.

Obs. IV. — Émilie Duv., âgée de 26 ans, douée d'un tempérament lymphatique, accoucha naturellement le 27 février 1840, à cinq heures du matin, et passa les deux premiers jours dans le service ordinaire des femmes en couches. Elle y fut prise, le 29

à une heure du matin, par une céphalalgie intense, et, à huit heures, par un premier accès d'éclampsie suivi d'un quart d'heure de coma. Après l'accès, lorsqu'elle fut apportée à l'infirmerie, le facies avait l'empreinte d'une douleur profonde; les mouvements de la tête ne se faisaient qu'avec lenteur comme s'ils eussent été douloureux; la parole était lente et pénible. La malade accusait une céphalalgie intense, paraissait très-fatiguée par les interrogations, et poussait de temps en temps de profonds soupirs. Les deux pupilles étaient égales, de dimension naturelle; les membres sans douleur ni paralysie; toutes les régions de l'abdomen vivement sensibles à la pression; les pulsations artérielles fortes, à 100 par minute. (Saignée de 320 grammes; potion antispasmodique; sinapismes aux pieds; lavement émollient; bouillons.) Pas de couenne sur la saignée.

A neuf heures, nouvel accès dont voici les principaux phénomènes: au début, extension des membres, et presque aussitôt secousses peu étendues, mais rapides et d'une force extrême; inflexion du tronc en arrière; agitation des paupières, des mâchoires; projection de la langue entre les arcades dentaires; œil fixe, d'abord dirigé en avant, puis renversé en bas; face violacée; écume entre les lèvres. Aux secousses convulsives succèdent le coma, la respiration stertoreuse, la pâleur de la face. La connaissance revient au bout d'un quart d'heure.

Jusqu'au matin du 1er mars, on compta quatorze accès, y compris les deux précédents. Il se manifesta un peu de trouble dans l'intelligence après le troisième accès; des tremblements dans les muscles des membres et de la face après le quatrième; de l'anxiété et de l'agitation après le cinquième; un assoupissement dont on ne tirait la malade qu'en fixant fortement l'attention après le coma du septième, coma qui avait duré une demi-heure; après le huitième accès, le coma fut de courte durée, et suivi d'agitation, de mouvements désordonnés qui obligèrent d'user de force pour contenir la malade dans le lit. Le délire, l'agitation, s'accrurent encore après les accès suivants.

Le 1er mars, les accès ne se répètent pas; mais l'agitation est extrême; cris plaintifs continuels; facies encore plus altéré; langue sèche; dents fuligineuses; sensibilité abdominale vive; respiration courte, rapide; pouls à 112. Deux nouveaux phénomènes se manifestent, la difficulté de la déglutition dès le matin, un frisson d'environ une heure vers midi.

Le 2, l'agitation avait continué toute la nuit: à huit heures du

matin, immobilité, insensibilité, contracture forte des membres droits, tandis que les membres gauches sont, au contraire, dans une agitation continuelle; les deux pupilles demeurent normales.

A six heures du soir, assoupissement; parfois, cris plaintifs; face injectée; paupières supérieures abaissées, la droite presque insensible; stertor; résolution des membres droits; agitation incessante de ceux du côté gauche; déglutition redevenue facile; pouls à 140, irrégulier. Mort à deux heures du matin, le 3 mars.

Ouverture le 4. — *Tête.* Des concrétions sanguines distendent les sinus de la dure-mère, et des caillots rougeâtres, également fermes, remplissent les grosses veines de la pie-mère dans le voisinage d'une ecchymose près la grande scissure, à peu près à l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de l'émisphère gauche. Cette ecchymose, à contour irrégulier, et de 30 à 35 millimètres de diamètre, correspond à un épanchement de sang entre les circonvolutions: le caillot est logé dans les anfractuosités, à la surface de la pie-mère, et la substance cérébrale sous-jacente n'offre qu'un peu d'imbibition sanguine qui ne pénètre pas même à 1 millimètre de profondeur.

Injection fine du feuillet pariétal de l'arachnoïde avec mince couche de pus à la surface; aspect opale de tout le feuillet viscéral: sous celui-ci est une couche de pus générale, plus épaisse le long des vaisseaux qu'elle accompagne sous forme d'une bandelette blanchâtre; à la base, on retrouve la même couche de pus: la pie-mère est infiltrée de pus partout dans les anfractuosités et jusque dans les plexus choroïdes; elle offre la même altération sur toute la surface du cervelet. Cette membrane et l'arachnoïde sont tellement fragiles, cassantes, qu'on passe un temps considérable à en dépouiller le cerveau. La substance corticale, remarquable par sa fermeté, n'offre d'ailleurs pas de coloration anormale; il n'y a rien de particulier dans la substance médullaire. Les ventricules cérébraux et cérébelleux contiennent un peu de pus ou de sérosité trouble.

Poitrine. Adhérences anciennes presque générales des deux poumons; tubercules miliaires à chaque sommet; un peu de dilatation des cavités ventriculaires du cœur; valvules saines.

Abdomen. Pus épais dans l'excavation du bassin, aux deux fosses iliaques, aux flancs et sur la face convexe du grand lobe du foie; injection assez vive à la surface externe des intestins qui sont distendus par des gaz; quelques plaques de Peyer développées vers la fin de l'iléum.

Utérus. Du volume des deux poings; plusieurs caillots de sang adhérents à la surface d'insertion placentaire et prolongés dans les sinus; tissu utérin normal.

Il y a, dans cette observation, absence de ramollissement comme dans la première; phlébite des vaisseaux de la pie-mère comme dans la deuxième; extension de la phlébite aux sinus de la dure-mère, et hémorrhagie méningée comme dans la troisième; existence de tubercules pulmonaires comme dans les première et deuxième. Elle diffère de toutes celles qui la précèdent: 1° par la délimitation de la phlébite aux seuls vaisseaux des méninges; 2° par la suppuration de l'arachnoïde et de la pie-mère.

Obs. V. — Jeanne-Françoise Dem..., âgée de 23 ans, menstruée régulièrement et abondamment depuis l'âge de 10 ans, jouissant d'une bonne santé et d'un bel embonpoint avant la grossesse, fut prise, dès le premier mois de gestation, par une toux opiniâtre à laquelle se joignirent, un peu plus tard, de l'oppression, une grande dyspnée, de légères hémoptysies, des sueurs copieuses, des coliques dans les régions inférieures de l'abdomen, de fréquentes atteintes d'une douleur aiguë à l'hypochondre droit, un amaigrissement considérable. L'oppression, qui avait diminué lentement après une saignée faite dans le cours du cinquième mois, était de retour depuis six semaines, lorsque cette femme fut reçue à la Maternité le 21 septembre 1840, 250 jours depuis la dernière apparition des règles. Une saignée du bras lui fut pratiquée le même jour: à minuit, elle eut un fort accès de dyspnée qui se calma après l'application de révulsifs sur les quatre membres, et ne laissa qu'un peu d'oppression. Le 22, elle eut encore, sur les deux heures du soir, un autre accès qui se termina moins bien que le premier, et la força à demeurer assise dans le lit; la dyspnée s'accrut subitement à minuit, ne s'amenda point par les révulsifs comme la veille, mais commença seulement à décroître le soir du 23 et ne cessa que le 25: à dater de ce jour, la malade put se tenir couchée; elle prit le décubitus latéral droit et toussa moins souvent. La toux avait lieu par petites secousses et n'amenait que quelques crachats opaques, grisâtres, qui furent striés de sang du 23 au 25, à stries beaucoup plus grosses le 25. Le 21, la poi-

trine rendait un son clair et égal des deux côtés; le murmure respiratoire était plutôt renforcé qu'affaibli, et partout un peu rude. Le soir du 23, on perçut, pour la première fois, quelques éclats de râle sous-crépitant profonds à la partie postérieure et externe du poumon droit; le lendemain, ce râle ne fût pas plus nourri, mais plus proche de l'oreille; il avait cessé le 26, le murmure respiratoire s'entendait à peine, et la voix avait plus de retentissement; le 28, il y avait un léger souffle bronchique. La fréquence de la respiration varia de 32 à 48 pendant le séjour à l'infirmerie.

Depuis le 13, c'est-à-dire huit jours avant l'entrée de la malade, il s'était déclaré une céphalalgie intense et des étourdissements, qui cessèrent après la première application de révulsifs sur les membres. La céphalalgie revint le 21, demeura légère les trois premiers jours, augmenta le 27 et fut rapportée, pour la première fois, au niveau des bosses nasales; le soir, elle fut encore plus forte, accompagnée de trouble dans la vision, de cuissons et de beaucoup de pesanteur dans les yeux. Elle diminua, mais ne changea pas de place, les 28 et 29; l'appesantissement, les cuissons des yeux, augmentèrent. Le soir du 29, la sensation de pesanteur est extrême; les paupières ne s'entr'ouvrent qu'avec peine; la malade, qui avait encore toute son intelligence le matin, paraît hébétée et indifférente; la voix est faible; la parole pénible, moins bien articulée. Les deux pupilles sont égales, sans dilatation ni resserrement. La nuit se passe dans le délire; le matin du 30, il n'y a plus de parole; les questions ne paraissent pas arriver au *sensorium;* la face, un peu violacée, offre une légère déviation à gauche; la paupière supérieure de ce côté est plus abaissée que la droite; les pupilles sont dilatées, pas plus l'une que l'autre; la déglutition est impossible; les mains et les avant-bras sont dans un mouvement continuel, plus prononcé à gauche. (*Infusion de fleurs de tilleul; bain, sinapismes.*)

Les mouvements des membres supérieurs cessent après l'immersion dans le bain. Le soir, on rencontre un peu de roideur à l'articulation huméro-cubitale des deux côtés; les membres supérieurs conservent la sensibilité, mais ils retombent comme des masses inertes lorsque après les avoir soulevés on les abandonne à eux-mêmes; les pupilles demeurent égales entre elles, et n'ont plus la dilation anormale du matin. Il y a de fréquents hoquets.

Le 1er octobre, à deux heures et demie du matin, la respiration s'interrompt de temps en temps; à quatre heures et demie, il n'y a plus que quelques respirations de loin en loin; le pouls n'est plus

perceptible; les battements du cœur du fœtus cessent d'être percus, puis ceux de la mère. Les pupilles se dilatent, la droite énormément en comparaison de la gauche. On extrait le fœtus à travers la paroi abdominale incisée; le cordon est encore animé de pulsations très-évidentes, mais la respiration ne peut s'établir.

Ouverture le 2, à deux heures du soir. — *Tête.* Sur la convexité des hémisphères, sérosité limpide, en petite quantité dans la cavité de l'arachnoïde, beaucoup plus abondante dans les mailles de la pie-mère; grosses veines de la surface du cerveau remplies de sang liquide, et petites ramifications vasculaires bien injectées. La pie-mère s'enlève facilement et n'entraîne point de substance cérébrale; il n'y a rien de particulier dans la portion du cerveau qui surmonte les ventricules; ceux-ci sont considérablement dilatés par un liquide trouble, mêlé de petits flocons blancs; la substance cérébrale qui forme les parois ventriculaires est très-ramollie, presque en bouillie épaisse, sans changement de couleur. Ce ramollissement est d'autant plus prononcé qu'on l'examine plus près de la partie antérieure.

A la base, du pus est infiltré dans les mailles de la pie-mère, en avant des pédoncules du cerveau; une couche épaisse, formée de pus concret, est logée dans l'angle que font les nerfs optiques après leur entre-croisement. Au devant du plancher antérieur du ventricule moyen, et sur l'angle que la face interne du lobe antérieur fait avec la face inférieure, il existe, des deux côtés, une rougeur très-foncée qui s'étend en arrière le long des bandelettes optiques, et intéresse à la fois la substance nerveuse et la pie-mère; les vaisseaux qui se ramifient dans celle-ci sont distendus par du sang noir coagulé; on dirait qu'ils sont remplis par la matière solidifiée d'une injection artificielle. En détachant la méninge, on entraîne une couche épaisse de substance cérébrale rouge et ramollie. Le ramollissement intéresse la partie antérieure de chaque bandelette optique qui se rompt avec une incroyable facilité; il pénètre peu profondément à droite; à gauche, c'est une sorte de gros filon qui conduit à un ramollissement rouge énorme au centre du lobe antérieur. La substance médullaire est là, réduite en une bouillie rouge, épaisse, et autour de cette bouillie rouge est une couche de couleur jaune légère, elle-même ramollie. La portion renflée du corps strié gauche a subi le ramollissement rouge à un haut degré en avant où elle est presque diffluente; en arrière de ce point, elle conserve un peu plus de consistance, et présente, sur un fond rose, un grand nombre de ponctuations noires assez rapprochées, ponc-

tuations qui résultent de la section d'autant de petits vaisseaux remplis de sang noir coagulé. Le diamètre de ces vaisseaux est à peu près celui d'une tige d'épingle. La cause que j'assigne au ponctué noir n'est point une illusion : en râclant avec la pointe du scalpel la substance cérébrale, on met à nu le trajet du vaisseau dans une petite étendue, et le fait devient manifeste. La couche optique et le corps strié droits ne sont pas altérés.

Sur la face inférieure du cervelet, la pie-mère qui recouvre chaque lobule du pneumogastrique offre une tache rouge foncée, de la largeur d'un centime, et sur ce point encore le sang des vaisseaux est coagulé comme sur le cerveau; l'ablation de la pie-mère entraîne une grande épaisseur de la substance cérébelleuse de même couleur rouge foncée et ramollie. La coupe fait voir que l'altération comprend toute l'épaisseur des lames, et qu'elle pénètre jusqu'au noyau central du cervelet. Cette altération, commune aux deux côtés, est cependant plus étendue à gauche; là, elle se prolonge en avant jusqu'à la portion voisine de la protubérance qui a pris une couleur rose semée des mêmes ponctuations noires que le corps strié gauche. Cette moitié du pont de Varole est évidemment plus molle que la moitié droite.

A la face supérieure du cervelet, dans la portion la plus rapprochée des tubercules quadrijumeaux, et de chaque côté du vermis, une plaque rouge foncé, de la largeur d'un centime, annonce une altération semblable à celle de la face inférieure, ce que la coupe achève de mettre en évidence.

Poitrine. Quelques adhérences anciennes unissent les deux poumons aux parois thoraciques; une caverne, capable de loger une noisette, occupe le soumet du poumon droit. Les deux poumons sont farcis, dans tous leurs lobes, de tubercules miliaires grisâtres, demi-transparents. Le parenchyme a partout une vive rougeur sur ses tranches; il est partout aéré et crépitant, mais il l'est très-peu sur le côté externe du poumon droit où, dans une étendue assez restreinte, il offre un certain degré d'hépatisation qui n'est pas franchement prononcée. La face supérieure du diaphragme est pavée de tubercules miliaires; ils y sont comme incrustés dans une substance de couleur brunâtre, sorte de fausse membrane récente qui double la face supérieure du diaphragme dans toute l'étendue que le cœur et le péricarde n'occupaient pas, et qui forme une couche aussi épaisse que le muscle lui-même; les deux poumons lui adhéraient par leur base.

Abdomen. Le sang qui s'est écoulé par l'incision de l'utérus

et de la paroi abdominale s'est coagulé en lames minces, et colle entre elles les anses les plus déclives de l'intestin grêle. Du reste, aucune trace d'altération récente dans le péritoine.

La membrane muqueuse du grand cul-de-sac de l'estomac est semée d'un grand nombre de petites plaques rouges, partout un peu ramollie sans diminution notable d'épaisseur ; l'intestin grêle, pâle dans toute sa longueur; le gros intestin entrecoupé de rougeurs ou d'arborisations vasculaires, avec quelques saillies des follicules solitaires de même couleur que la muqueuse; il n'y a point développement des follicules isolés ni des plaques de Peyer dans l'intestin grêle.

Le foie a son grand lobe anormalement uni au diaphragme par cinq ou six petites brides arrondies et de peu de longueur; une rougeur sombre, mais assez superficielle, existe aux points d'implantation de ces brides. L'organe n'a d'ailleurs rien d'anormal.

La rate, de volume, de couleur et de consistance ordinaires, adhère anormalement au diaphragme, et a sa surface hérissée d'une multitude de tubercules miliaires qui s'enlèvent tous avec l'enveloppe fibreuse; une couche de tubercules recouvre aussi la face inférieure du diaphragme au point d'adhérence avec la rate.

La substance corticale des reins est injectée; la surface interne des uretères pâle; celle des calices et surtout des bassinets rouge, par ponctuations très-rapprochées, mais sans inégalités manifestes; celle de la vessie parsemée de rougeurs peu étendues.

L'utérus, encore adhérent au placenta, fut réservé pour l'examen des vaisseaux utéro-placentaires, et l'état des veines utérines n'a pas été noté.

Comme dans les observations 2 et 3, la phlébite porte à la fois sur les vaisseaux de la pie-mère et sur ceux de la substance cérébrale, n'est qu'à l'état de concrétions fibrineuses brunâtres, et s'accompagne d'un ramollissement rouge de la pulpe nerveuse autour des vaisseaux affectés. Nonobstant ces caractères communs, cette observation se distingue des précédentes par une physionomie toute particulière qu'elle emprunte à la dissémination de la même lésion sur des points multipliés ; on ne trouve pas moins de six foyers de ramollissement rouge, tous dans l'encéphale, tous avec les mêmes caractères anatomiques. Y a-t-il rien qui ressemble davantage aux noyaux

d'engorgements métastatiques encore à l'état rouge ou brun, qu'on rencontre assez souvent dans d'autres organes, dans la rate et les poumons, par exemple? Si l'on désire un trait de plus à cette ressemblance, on y joindra la phlébite capillaire qu'il est commun d'observer soit autour, soit dans l'épaisseur de pareils engorgements.

On remarquera de plus 1° la couche de couleur jaune légère qui entoure la bouillie rouge du corps strié, couche jaune elle-même ramollie et qui a été signalée autour des cavernes hémorrhagiques; 2° le peu d'étendue de la méningite comparativement à celle de la 4e observation; 3° la multitude prodigieuse des tubercules miliaires dans les poumons, sur la rate et sur les deux faces du diaphragme; 4° la date récente de la fausse membrane dans laquelle les tubercules sont incrustés à la face supérieure de ce muscle.

Le ramollissement blanc des parois ventriculaires a des caractères tout différents de ceux qu'ont offerts les six foyers de ramollissement rouge, et les vaisseaux qui le traversent ou l'avoisinent ne contiennent pas de caillots.

EXAMEN GÉNÉRAL DES ALTÉRATIONS ANATOMIQUES ET DES SYMPTÔMES.

I. *Altérations anatomiques.*

On voit, en considérant l'ensemble des cinq observations, que la phlébite s'est montrée sur toutes les régions de l'encéphale, à la base, à la convexité des hémisphères, dans le cerveau, le cervelet et la protubérance, tantôt bornée aux vaisseaux des méninges ou à ceux de la substance cérébrale, tantôt affectant à la fois les vaisseaux des enveloppes et ceux de l'organe enveloppé. Sur quatre cas où les veines de la pie-mère sont intéressées, les sinus de la dure-mère ne participent que deux fois à la lésion, c'est-à-dire que la méninge la plus vasculaire est aussi celle que la phlébite attaque le plus souvent; remarque qu'on avait déjà faite pour d'autres organes.

Il n'y a ni pus reconnaissable, ni ramollissement, ni érosion des caillots dans les vaisseaux encéphaliques affectés : toutes les concrétions qui les remplissent sont fermes, la plupart rouges ou noires, c'est-à-dire que l'altération s'y montre dans un état encore peu avancé. Cependant, il n'est pas possible de confondre ces concrétions fermes, cassantes, à coupe sèche, qui distendent les vaisseaux à l'instar d'une injection artificielle, avec les caillots mous, très-humides, qui se laissent tirer en entier des vaisseaux où ils n'existent évidemment que depuis la mort. On ne peut pas exiger l'épaississement des parois vasculaires; car, outre la difficulté d'une telle appréciation quand les vaisseaux sont de très-petit calibre, l'épaississement manque assez souvent, même dans des veines volumineuses, autour des caillots noirs ou rouges qui font suite soit à du pus, soit à des détritus de caillots gris rosés.

La phlébite des sinus de la dure-mère ne pourrait échapper qu'à un défaut d'examen; il faudrait aussi une extrême inattention pour ne point apercevoir celle de la pie-mère, quand on a soin d'enlever cette membrane avant de procéder aux tranches du cerveau. Mais, dans l'épaisseur de la substance cérébrale, on pourrait confondre le poncturé, que la section des petits caillots donne à la surface des tranches, avec les gouttelettes de sang fournies par les vaisseaux divisés. Toutefois, ce poncturé est de couleur plus foncée, et ne proémine pas, ne s'étale pas comme les gouttelettes; la pointe du scalpel suffit, d'ailleurs, pour s'assurer qu'il existe un caillot : en le débarrassant de la pulpe nerveuse qui l'entoure, en le sculptant, pour ainsi dire, dans une certaine étendue, on met en évidence un petit cylindre dont il n'est pas permis d'assigner le siége ailleurs que dans une cavité vasculaire.

Autour des vaisseaux affectés, la substance nerveuse n'a changé, dans un cas, ni de couleur, ni de consistance; fait important dans la discussion actuelle en ce que, d'une part, il établit que les altérations de la pulpe nerveuse qu'on rencontre

dans les autres observations, autour des vaisseaux malades, n'y constituent pas une condition indispensable à l'existence de la phlébite; en ce que, d'une autre part, l'autopsie n'ayant révélé aucune autre lésion capable d'expliquer la mort et surtout les phénomènes qui l'ont précédée chez cette femme, il donne, en quelque sorte, la mesure de la gravité que la phlébite des petites veines cérébrales peut avoir indépendamment de toute complication.

Les altérations qu'on trouve, concurremment avec la phlébite, dans l'encéphale des quatre sujets qui restent, sont ou l'hémorrhagie, ou la méningite, ou le ramollissement rouge de la substance cérébrale, ou plusieurs de ces altérations réunies.

L'extravasation du sang a lieu dans deux cas, une fois sur le cerveau, l'autre fois sur le cervelet. Il est remarquable qu'elle se soit faite les deux fois à la surface de la pie-mère et dans les anfractuosités; il semble que l'adhérence de l'arachnoïde avec la pie-mère, au sommet des circonvolutions, ait été un obstacle à l'épanchement sur ce point : on n'y trouve, en effet, qu'un peu de suffusion rouge, une sorte d'ecchymose, tandis que le sang s'est amassé dans les anfractuosités. Une coïncidence dans laquelle il est difficile de ne point voir la relation de cause à effet, c'est que l'hémorrhagie méningée a lieu dans les deux cas d'extension de la phlébite aux sinus de la dure-mère. Chez un homme, dont M. E. Boudet a communiqué l'histoire à la Société médicale d'observation, «tous les sinus de la dure-mère, le sinus longitudinal et le sinus droit exceptés, sont pleins de pus demi-liquide,» et «une couche mince de sang coagulé, de 2 à 3 centimètres de long, est appliquée à la face antérieure de la moelle allongée, dans l'arachnoïde spinale.» L'obstacle mécanique au retour d'une grande quantité de sang donne, dans ces trois cas, l'explication la plus satisfaisante de l'hémorrhagie.

La *méningite* existe aussi dans deux cas et se fait remar-

quer, dans l'un, par sa vaste étendue qui embrasse toute l'arachnoïde, les ventricules cérébraux et la pie-mère, y compris les plexus choroïdes (obs. 4); dans l'autre, au contraire, par l'étroit espace auquel elle est réduite à la base seulement et en avant des pédoncules cérébraux, entre les bandelettes et les nerfs optiques (obs. 5). Quelle que soit la connexion qu'on veuille établir entre la méningite et la phlébite, il n'est pas indifférent de comparer, dans la première de ces deux observations, l'étendue considérable de la méningite avec la délimitation de la phlébite à une seule partie de l'hémisphère gauche, et, dans la seconde, l'espace unique et très-petit qu'occupe la méningite avec les points nombreux sur lesquels la phlébite est disséminée.

Les méninges ont suppuré dans les deux cas, mais les produits de la suppuration ne sont pas dans des conditions exactement semblables : le pus, chez le sujet de l'observation 5, est solide, concret, tel que je l'ai rencontré autour des tendons et des capsules articulaires des doigts dans les cas où la tumeur, après avoir été rouge et fluctuante, avait pâli et s'était affaissée plus ou moins de temps avant la mort : on eût dit que la portion liquide avait été résorbée, et qu'il n'était resté que les particules solides tassées sous forme de couche continue. Ainsi, dans le cas actuel, l'état concret du pus supposerait à la méningite une certaine durée, celle qui est nécessaire à la résorption des éléments liquides; on ne devrait donc pas attribuer le peu d'étendue de la suppuration à ce que la méningite serait trop récente et n'aurait pas eu le temps d'envahir une plus large surface.

Le tassement des globules du pus ne permettait pas de constater, dans cette observation, s'il y avait eu concurremment quelque sécrétion de fausses membranes; mais, chez le sujet de l'observation 4, ces productions pseudomembraneuses ne sont mêlées ni à la suppuration de l'arachnoïde, ni à celle beaucoup plus étendue du péritoine. Or, il n'est pas ordinaire aux

séreuses de fournir du pus sans produire aussi des fausses membranes, et ces dernières y sont bien plus souvent accompagnées de liquide peu consistant que de pus épais et bien lié. Il y a donc aussi quelque chose de particulier dans les produits morbides qu'on rencontre chez ce sujet.

Une coïncidence non moins grave que la méningite est le *ramollissement rouge* qui, dans trois cas, frappe la substance nerveuse autour des vaisseaux affectés, une fois sur un seul point du cerveau (obs. 2), les deux autres fois sur un plus grand nombre de points (obs. 3 et 5). Si la phlébite des vaisseaux de la pie-mère, qui se continue avec celle du sinus latéral dans l'observation 3, y rallie, pour ainsi dire, l'altération du cerveau à celle du cervelet, il n'y a plus, dans l'observation 5, aucun lien commun entre le ramollissement des lobes antérieurs et celui de la face supérieure du cervelet, ni entre ce dernier et celui de la face inférieure; de sorte que l'isolement, ou, si l'on veut, la multiplicité de l'altération, demeure ici bien établie.

En réunissant tous les points de ramollissement rouge qui ont lieu dans ces trois cas, on n'en trouve pas moins de 9, dont 8 portent à la fois sur les deux substances corticale et médullaire (obs. 3 et 5); le 9e ne pénètre pas au delà de la substance corticale (obs. 2). La fréquence du ramollissement de la substance corticale serait donc à celui de la substance médullaire comme 9 : 8. On remarquera que la substance médullaire n'a jamais été ramollie, dans ces cas, sans que la substance corticale l'ait été en même temps et d'une manière continue; mais que la largeur de l'altération à la surface de cette dernière est loin d'être en rapport avec la profondeur qu'elle atteint dans la substance médullaire : c'est ainsi qu'on a vu des ramollissements, de la largeur d'un centime à la surface, pénétrer jusque vers le centre du cervelet (obs. 5), etc.

Quant aux diverses parties de l'encéphale que le ramollissement rouge intéresse, ce sont : 1° les bandelettes optiques et la

portion voisine des lobes antérieurs; 2° le corps strié gauche; 3° la face convexe de l'hémisphère droit; 4° le lobe postérieur du cerveau vers la fin de la portion horizontale du sinus latéral gauche; 5° le côté gauche du cervelet qui touche au même point de ce sinus; 6° la face supérieure du cervelet, de chaque côté du vermis, près les tubercules quadrijumeaux; 7° la face inférieure du même organe, sur les lobules du pneumogastrique; 8° enfin, la moitié gauche de la protubérance annulaire.

L'intensité de la couleur rouge commune à tous ces ramollissements varie d'un sujet à l'autre, ou, sur le même sujet, suivant les parties que l'on examine : elle tranche vivement sur le reste de la substance corticale dans l'observation 2, est moins vive, d'un gris rougeâtre, dans l'observation 3; très-foncée sur certains points, dans l'observation 5, elle s'affaiblit notablement sur d'autres où elle passe à une teinte simplement rosée. Ce dernier sujet présente, en sus, une couleur jaune légère sur laquelle je reviendrai plus loin.

La fluidité des portions ramollies n'est indiquée dans aucun cas; cependant, la grosse extrémité du corps strié gauche est dans un état voisin (obs. 5), et l'on remarque, chez le même sujet, un certain rapport entre le degré du ramollissement et l'intensité de la couleur rouge : ainsi, à la portion rouge foncée et presque diffluente du corps strié gauche succède une partie de couleur moins intense et dont la cohésion est moins affaiblie; de même dans la moitié gauche de la protubérance comparativement à la rougeur et au degré de ramollissement que présente la portion voisine du cervelet.

Du pus existe-t-il infiltré dans les portions ramollies? L'examen microscopique n'a pas été fait. Ce que l'on peut avancer, c'est que, s'il y avait du pus, il ne s'y trouvait point à la manière que Dance indique dans ce passage : « Les abcès du cerveau n'ont point la forme *primitive* d'un tubercule ou d'une masse irrégulière, mais bien celle de gouttes ou gouttelettes

purulentes auxquelles la mollesse naturelle de cet organe permet de se diviser, en quelque sorte, à l'infini ; car, de tous les abcès métastatiques des viscères, ils sont ceux qui apparaissent sous les dimensions les plus restreintes, et ceux qui peuvent se multiplier davantage, à tel point que le cerveau exhale quelquefois l'odeur du pus. » (*Dict. de méd.*, 2e édit., tom. I, page 91, 1832.)

Cette description, qui touche directement à un point de vue dont j'aurai bientôt à m'occuper, est conçue en termes tellement positifs et absolus, qu'il m'est impossible de passer outre sans faire remarquer : 1° qu'il est trop tard pour rencontrer l'engorgement *primitif*, lorsqu'il est déjà converti en pus, comme les « gouttes ou gouttelettes purulentes » indiquent que c'était le cas dans les faits observés par Dance ; 2° que, lorsqu'on arrive à temps, cet engorgement primitif se rencontre au cerveau comme sur d'autres organes : sur une femme, qui succomba à la Maternité, le 5 novembre 1840, quatre-vingt-treize heures après l'accouchement, la surface des premières tranches du cerveau, près la grande scissure des hémisphères, était semée d'un certain nombre de points rouges, du volume d'une forte tête d'épingle, distants de quelques millimètres les uns des autres, et constitués non par des caillots de sang, mais par autant de petits foyers ou noyaux *inflammatoires* de la substance corticale auxquels la substance médullaire, d'un blanc brillant tout particulier, ne participait aucunement. Quelques jours plus tard, on aurait très-probablement rencontré des gouttelettes de pus à la place de ces points rouges. 3° Que ces « gouttes ou gouttelettes purulentes » se peuvent aussi rencontrer partout où de nombreux rameaux et ramuscules vasculaires se trouvent remplis de pus : j'en ai vu au pli des aines, dans l'épaisseur du mont de Vénus, dans le tissu cellulaire sous-cutané des membres, dans l'épaisseur des muscles ; et les « gouttes et gouttelettes purulentes », quelquefois en nombre prodigieux, n'étaient fournies que

par les veines que le scalpel avait divisées. Dance admettant que les noyaux *primitifs*, auxquels succèdent, dans d'autres organes, les abcès dont il s'agit, sont précédés ou accompagnés par la phlébite des veines qui les traversent, il y a lieu de regretter qu'il n'ait pas indiqué nettement si les « gouttes ou gouttelettes purulentes » dont il parle venaient de vaisseaux divisés ou de cavités accidentelles. 4° Que maintes autres fois la « mollesse naturelle » du cerveau n'a point empêché de s'y former de vastes collections purulentes. 5° Qu'après avoir successivement expliqué, dans la même page, et la largeur des foyers de la rate par « la trame fragile du tissu splénique », et la petitesse des foyers du cerveau par « la mollesse naturelle de cet organe » (p. 91), il devenait indispensable d'indiquer s'il fallait, à la page suivante, expliquer de la même manière les abcès du cœur qui se présentent comme « des espèces de grains purulents nichés dans l'épaisseur des colonnes charnues » et « ressemblent assez bien à ceux du cerveau par leur petitesse » (p. 92). 6° Enfin, que Dance n'a donné une description aussi générale des abcès *métastatiques* du cerveau que d'après quatre faits, ainsi qu'il résulte de ces deux lignes : « sur quatre exemples seulement que nous possédons de ces abcès du cerveau, tous ont succédé à des lésions des membres inférieurs ou de l'extrémité inférieure du tronc » (art. cité, p. 91).

Il est impossible de juger, seulement d'après trois cas, quelle est celle des deux substances, blanche ou grise, dont les vaisseaux sont le plus disposés aux concrétions sanguines, à la phlébite, en un mot. De fait, les vaisseaux des deux substances sont affectés un égal nombre de fois dans ces trois observations. Ainsi, les caillots ont lieu concurremment dans ceux des substances corticale et médullaire, au cerveau et au cervelet, chez le sujet de l'observation 5 ; celui de la 2e observation n'en présente que trois ou quatre, et seulement dans la substance corticale à laquelle le ramollissement demeure

limité ; dans la 3e observation, les caillots n'existent que dans les vaisseaux de la substance médullaire, bien que le ramollissement intéresse aussi la substance corticale. Il faut noter que, dans ce dernier cas comme dans les deux autres, la pie-mère, qui recouvre les foyers de ramollissement, a aussi ses vaisseaux remplis par des concrétions de même nature.

J'ai à revenir sur deux circonstances particulières : la première est cette couche jaune pâle, elle-même ramollie, qui entoure la bouillie rouge en laquelle est réduite la tête du corps strié gauche dans l'observation 5 ; la seconde est la couche criblée de caillots qu'on a vue autour des ramollissements cérébral et cérébelleux de l'observation 3, espèce de coque qui varie de 2 à 5 millimètres d'épaisseur, mais qui appartient à la substance médullaire d'une manière tellement exclusive que, dans l'épaisseur des circonvolutions du cerveau et du cervelet, la lame médullaire blanche est la seule qui la présente. Des couches à peu près semblables ont été signalées autour des cavernes hémorrhagiques que M. Rochoux décrit en ces termes : « Elles sont entourées par une couche de substance cérébrale, de 1 à 3 lignes d'épaisseur, d'un jaune-serin pâle, très-molle, à peine plus consistante que certaines crèmes, et immiscible à l'eau... Quelquefois on trouve, entre les parois intérieures de la caverne et cette couche extérieure, une autre couche d'un jaune moins pâle, tout aussi molle, de 2 à 4 lignes d'épaisseur, remplie d'un grand nombre de petits épanchements de sang, gros comme des têtes d'épingles et fort rapprochés. Quand c'est à l'extérieur du cerveau (apoplexie des circonvolutions suivant M. Cruveilhier) ou sur quelque point des ventricules que s'opère l'hémorrhagie, le ramollissement jaune est moins facile à reconnaître et toujours il est moins marqué. » (*Dict. de méd.*, 2e édit., tom. III, p. 483 ; 1833.)

La couche jaune pâle qu'on trouve autour du point le plus ramolli, dans la 5e observation, ressemble assez bien à la

première des deux qui sont décrites dans ce passage; mais la couche criblée de caillots, dans la 3e observation, a beaucoup moins de ressemblance avec la seconde de M. Rochoux. Ainsi, 1° la couleur «jaune moins pâle,» la consistance «tout aussi molle,» n'y sont point indiquées; 2° elle n'est point entourée par la couche précédente jaune-serin pâle; 3° les caillots qui la criblent sont (un certain nombre du moins) contenus dans des vaisseaux, ce qui n'avait peut-être pas lieu dans celle que M. Rochoux a décrite; 4° enfin, cette couche criblée fait évidemment défaut dans la substance corticale, et l'on ne saurait dire qu'elle a été détruite ou emportée par une hémorrhagie à laquelle cette substance est demeurée complétement étrangère. Du reste, on ne peut pas méconnaître que ces couches établissent, dans les deux cas actuels, une grande analogie avec le ramollissement dit *hémorrhagipare*. Parce qu'il n'y a pas d'hémorrhagie au centre des foyers de ramollissement, on n'en induira pas qu'elle n'y aurait pas eu lieu plus tard; mais ce qu'il importe de ne pas perdre de vue, c'est qu'une hémorrhagie se soit faite, chez l'un de ces deux sujets, non dans l'épaisseur du ramollissement, mais en dehors de lui, à la surface libre de la pie-mère qui le recouvre, et de la même manière que dans l'observation 4 qui n'offre pas de ramollissement, et n'a pour point de ressemblance que la phlébite des sinus de la dure-mère.

On ne se hâtera pas d'attribuer à la phlébite encéphalique l'infiltration d'une sérosité limpide qui a lieu dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien chez quatre de ces sujets (obs. 1, 2, 3 et 5); autrement, il faudrait dire pourquoi de semblables infiltrations se rencontrent dans 153 cas, et la phlébite encéphalique seulement dans 5.

Deux autres coïncidences se distinguent de toutes celles qui précèdent par le siége qu'elles occupent loin de l'encéphale : ce sont les tubercules pulmonaires et la présence du pus dans les vaisseaux de l'utérus, des poumons ou des mem-

bres. Toute connexion de continuité, de contiguïté ou de proximité, est ici rompue; aussi l'examen a-t-il uniquement pour but les conditions générales de l'économie dans les cas où la phlébite encéphalique est survenue.

Le tubercule pulmonaire existe dans 4 observations, une fois simplement à l'état de granulation miliaire (obs. 4), une autre fois plus volumineux et en voie de ramollissement (obs. 2), et deux fois à l'état de granulation, concurremment avec des cavernes au sommet des poumons (obs. 1 et 5). L'observation 5 est peut-être moins remarquable par le nombre prodigieux des tubercules dans tous les lobes pulmonaires, sur la rate et les deux faces du diaphragme, que par l'espèce d'exsudation pseudomembraneuse dans laquelle les tubercules sont incrustés à la face supérieure de ce muscle, exsudation qui porte les caractères d'une date récente, et donne à penser que la tuberculisation était encore en pleine activité chez ce sujet; joint à ce que les phénomènes qui se sont manifestés durant la grossesse sont d'accord avec cette interprétation.

M. E. Boudet décrit aussi, dans l'observation citée plus haut, des cavernes pulmonaires et divers dépôts de matière tuberculeuse : l'addition de ce cas porte la fréquence du tubercule pulmonaire, dans la phlébite encéphalique, à $5/6$, ou, en décimales, à 0,8 (3), proportion considérable, à laquelle il ne manque que d'avoir été fournie par un plus grand nombre de faits. Voici un résultat moins direct, mais que je signalerai cependant, parce qu'il n'est pas sans une certaine signification : J'ai recherché le tubercule dans 150 autopsies de femmes en couches, et l'ai rencontré dans 72; or, parmi les 150 cas où le tubercule a été recherché, on compte 34 phlébites, dont 24 coïncident avec des tubercules, ce qui donne 0,70 pour fréquence du tubercule dans les phlébites, tandis que, dans les cas où la phlébite n'avait pas lieu, le tubercule n'est plus que dans la proportion de 0,41...

Les inductions, qui découlent de ces données, comportent

encore beaucoup de réserve, parce qu'il n'y a pas assez de temps que l'attention est appelée sur les concrétions sanguines auxquelles certaines cachexies semblent disposer les vaisseaux. Mais il n'en est plus ainsi de la seconde coïncidence, celle d'une phlébite sur quelque autre point de l'économie. S'il est un fait bien établi, c'est que le cours de la phlébite est fréquemment marqué par l'apparition d'engorgements ou d'abcès sur des régions éloignées du vaisseau primitivement malade, et que, dans l'épaisseur ou sur les confins de ces engorgements, on découvre assez souvent des veinules ou des veines plus volumineuses qui sont occupées par des caillots solides ou par du pus. C'est à cette catégorie de phlébites secondaires qu'appartiennent évidemment celles de l'encéphale dans les trois premières observations : chez ces trois sujets, les vaisseaux utérins contiennent du pus, c'est-à-dire un produit morbide plus avancé que celui des vaisseaux encéphaliques; chez deux il existe, autour des veines cérébrales malades, un ramollissement rouge, c'est-à-dire un engorgement assimilable (autant que la texture du cerveau permet la ressemblance) à ceux qui se voient sur d'autres organes, sur la rate ou les poumons, par exemple, avant que la période de suppuration ait transformé ces engorgements en abcès *métastatiques* (obs. 2 et 3); un tel engorgement manque, il est vrai, chez le sujet de la 1re observation : mais, pour induire de cette absence, il faudrait admettre que la phlébite secondaire est dépendante de ces engorgements. Dans la seconde observation, les noyaux multiples de pneumonie, les veines pulmonaires pleines de pus et de caillots dans l'épaisseur ou dans le voisinage de ces noyaux, ne sont-ils pas une exacte représentation de ce qu'on trouve dans l'encéphale chez ce même sujet? Or, on n'hésiterait pas, dans l'état actuel de nos connaissances, à comprendre ces noyaux multiples de pneumonie et ces phlébites pulmonaires parmi les altérations consécutives de la phlébite qui s'était primi-

tivement déclaré dans les vaisseaux utérins. Dans l'observation 3, le phlegmon de l'épaule se prête aux mêmes réflexions.

La présence d'une phlébite sur quelque autre région ne peut plus être invoquée, dans les observations 4 et 5, parce qu'elle n'est pas rapportée dans les détails de l'autopsie ; mais on n'y peut pas davantage invoquer l'absence d'une telle phlébite, parce que cette absence n'y est pas mieux constatée : les veines soumises à la saignée, chez ces deux femmes, n'ont été l'objet d'aucune investigation, ni sur le vivant ni sur le cadavre ; l'examen anatomo-pathologique de l'utérus n'a pas été fait dans l'observation 5 ; et l'observation 4 est d'une époque où je n'avais pas l'habitude des recherches que l'autopsie des femmes nouvellement accouchées demande pour être bien faite. J'ai eu, depuis cette époque, de nombreuses occasions de me convaincre avec quelle facilité nous échappent des lésions importantes dans les vaisseaux, soit de l'utérus, soit de l'intérieur ou de l'extérieur du bassin, soit des membres inférieurs, etc. Ces deux observations sont donc rigoureusement nulles pour le point de vue actuel, c'est-à-dire qu'elles laissent dans le doute si la phlébite encéphalique y est primitive ou secondaire. On penchera néanmoins vers une phlébite secondaire, si l'on interroge certaines circonstances qui appartiennent plus particulièrement à l'infection purulente : telles sont 1° celle d'une phlébite *capillaire* qu'on ne rencontre guère que dans l'infection générale par le pus, sauf les cas de solution de continuité, ou de quelque violence sur les vaisseaux ; 2° une suppuration étendue des surfaces séreuses sans mélange de fausses membranes comme dans l'observation 4 ; 3° la multiplicité des points de ramollissement rouge, comme dans l'observation 5, où l'on n'en compte pas moins de 6, tandis que la méningite n'occupe, chez ce même sujet, qu'un espace très-restreint.

De toutes les coïncidences qui précèdent, l'hémorrhagie

méningée est celle dont la connexité directe avec la phlébite encéphalique prête le moins à contestation. On ne peut pas attribuer la méningite, observée dans deux cas, à des conditions locales qu'aurait créées la phlébite de la pie-mère : une telle hypothèse est, en effet, contredite dans les deux cas et par cette opposition remarquable entre l'étendue de la phlébite et celle de la méningite, et par les autres particularités de celle-ci, qui tiennent des caractères d'une infection générale. Le ramollissement du cerveau, qu'on rencontre dans trois cas, n'a par lui-même rien qui le distingue des ramollissements rouges qu'on observe en dehors de la phlébite cérébrale : il manque autour des vaisseaux malades dans la première observation, et, d'une autre part, on le rencontre chez des sujets soumis à l'infection purulente, sans qu'il soit possible de reconnaître, soit autour, soit dans l'épaisseur des parties ramollies, aucune trace de phlébite. On ne serait donc pas fondé en admettant, entre la phlébite encéphalique, la méningite et le ramollissement cérébral, une relation directe et nécessaire, qui ferait dépendre de cette phlébite la méningite et le ramollissement, ou *vice versâ*. Mais ces trois lésions, phlébite encéphalique, méningite et ramollissement cérébral, se présentent, dans les cas actuels, comme autant de lésions secondaires, n'ayant entre elles d'autre rapport que leur dépendance d'une même altération primitive, qui tantôt leur donne naissance, soit d'une manière isolée, soit en les réunissant deux à deux, trois à trois, et qui tantôt en demeure complétement stérile.

Ainsi, la phlébite encéphalique a, dans les cinq cas, une importance à la fois absolue et relative : absolue, en constituant par elle-même une lésion dont la gravité est mise hors de doute dans la première observation; relative, quand, associée à d'autres lésions, elle leur imprime un cachet d'origine commune dans une altération primitive, et les rappelle à la catégorie des lésions consécutives ou secondaires.

II. *Symptômes.*

Les désordres fonctionnels qui relèvent des altérations de l'encéphale sont mêlés, dans ces cinq observations, à ceux qui dépendent des altérations plus ou moins nombreuses signalées concurremment sur d'autres organes; mais les premiers seuls appartiennent à mon sujet, et je n'admettrai, dans cette revue, que les symptômes dont la tête est le siége, ou peut être considérée comme le point de départ.

Céphalalgie. Elle eut lieu dans tous les cas, et se déclara dès le début dans l'observation 4, où elle constitua le premier symptôme de la maladie; les deuxième, sixième et neuvième jours, dans les trois premières observations; beaucoup plus tard dans la cinquième, relativement au retour ou plutôt à l'exacerbation des phénomènes dont la poitrine était depuis longtemps le siége chez cette femme.

Une fois établie, elle persista jusqu'à la fin dans les observations 2 et 4; se suspendit après une première application de révulsifs sur les extrémités dans l'observation 5, mais recommença bientôt après et n'eut plus d'interruption; cessa définitivement, dans l'observation 3, le deuxième jour de sa manifestation; et, n'étant point mentionnée les deux derniers jours, dans la première observation, l'on ignore si elle y persista jusqu'à la fin.

L'intensité fut variable d'un sujet à l'autre, et aux diverses époques de la maladie chez le même sujet : c'est ainsi qu'elle demeure constamment à un degré modéré dans l'observation 2; qu'elle est forte, au contraire, dans les observations 1, 4 et 5; et que, dans cette dernière, après avoir été violente au début, et s'être momentanément suspendue, elle revient d'abord légère, puis plus forte, et décroit de nouveaules derniers jours.

Deux cas seulement portent indication du siége de la céphalalgie : elle est générale dans l'un (obs. 4), et la méningite règne dans toute l'étendue de la pie-mère et dans l'arach-

noïde; la phlébite occupe les sinus et les veines de la convexité de l'hémisphère gauche près la grande scissure; une hémorrhagie méningée s'est faite sur ces derniers points. Dans l'autre (obs. 5), la céphalalgie est remarquable, depuis son retour, par la délimitation et la fixité qu'elle affecte au niveau des fosses nasales; la pie-mère est infiltrée de pus au devant des pédoncules cérébraux; une couche de pus concret existe à l'angle des nerfs optiques, et les bandelettes du même nom sont rouges et ramollies derrière le chiasma, ainsi que la portion voisine des lobes antérieurs; mais il faut ajouter que le cervelet présente aussi quatre points de ramollissement rouge qui pénètrent profondément; que les ventricules latéraux sont distendus par un liquide trouble floconneux, et ont les parois réduites en bouillie de couleur blanche; qu'enfin la phlébite de la pie-mère a lieu sur chacun des points de ramollissement rouge, d'où elle plonge dans l'épaisseur de la substance cérébrale. La méningite est donc, chez ces deux sujets, la seule lésion anatomique dont le siége concorde avec celui de la céphalalgie.

Délire. Il s'est manifesté, comme la céphalalgie, chez tous les sujets, dès le premier jour, dans l'observation 4, le sixième jour dans l'observation 1, seulement les vingt-quatre à trente-six dernières heures dans les observations 3 et 5; dans l'observation 2, il survint aussi dès les premiers jours, mais il se suspendit le sixième, et ne reparut que les deux dernières nuits. Il est de même date que la céphalalgie dans la première observation, postérieur dans les observations 3, 4 et 5, et antérieur dans l'observation 2 : mais, en répétant que le délire se suspendit à une certaine époque dans cette dernière observation, je ferai remarquer qu'il ne revint qu'après l'établissement de la céphalalgie.

Sur ces cinq femmes, quatre délirèrent d'une manière reconnaissable seulement pendant la nuit, sauf les dernières heures de la maladie (observ. 1, 2, 3, 5). Le délire, chez

l'autre, eut lieu pendant le jour, et s'accompagna d'une agitation qui n'est pas mentionnée chez les quatre précédentes : il y avait, dans ce dernier cas, méningite générale et hémorrhagie méningée; mais la phlébite ne pénétrait pas dans la substance cérébrale, et cette substance n'était point ramollie; le ramollissement et la méningite manquent dans l'observation 1, qui ne présente d'autre altération de l'encéphale que la phlébite des vaisseaux de la protubérance.

Outre le délire, on observa, chez trois sujets, une *obtusion*, une *torpeur* remarquable de l'intelligence. Ce phénomène parut, chez deux, avant le délire (obs. 3 et 5), chez l'autre, dans l'intervalle compris entre le premier délire et celui qui se manifesta de nouveau à la fin de la maladie (obs. 2). Il précéda la céphalalgie dans cette dernière observation, mais il fut postérieur dans les deux autres. Quel qu'eût été d'ailleurs l'ordre dans lequel il se montra, il alla toujours en croissant jusqu'à ce qu'il eût fait place à l'assoupissement. Ces trois sujets sont les seuls qui présentèrent des ramollissements du cerveau.

Convulsions. Les observations 2 et 3 gardent le silence sur ce point. Le sujet de la 4[e] eut, le premier jour, dans l'intervalle des accès d'éclampsie, des tremblements dans les muscles des membres et de la face, et, le dernier jour, une agitation continuelle des membres gauches, agitation d'autant plus frappante que les membres droits étaient immobiles et contracturés. Ce fut aussi un mouvement continuel des avant-bras et des mains, plus prononcé à gauche, et qui cessa après l'immersion dans un bain tiède, chez le sujet de la 5[e] observation. Les mouvements convulsifs des membres furent très-passagers dans la 1[re] observation; mais cette femme offrait déjà, dès le commencement de la maladie, des mouvements irréguliers, une sorte de tremblotement des paupières, des lèvres et de la langue, mouvements de plus en plus prononcés jusqu'à l'invasion du délire. Dans

cette observation, les convulsions des membres survinrent à la même époque que la céphalalgie et le délire; elles furent postérieures dans les deux autres. Les altérations qu'on trouva dans l'encéphale furent, chez l'un de ces trois sujets, 1° une phlébite des sinus et des veines de la pie-mère sur l'hémisphère gauche, près la grande scissure; 2° une hémorrhagie méningée; 3° une méningite générale; chez un autre, 1° une phlébite sur un grand nombre de points de la pie-mère et du cerveau; 2° un ramollissement rouge multiple; 3° un ramollissement blanc des parois ventriculaires avec distension des ventricules par un liquide trouble floconneux; 4° une méningite très-peu étendue; enfin, chez le troisième, une simple phlébite des vaisseaux de la protubérance.

Dans l'examen des rapports entre les altérations anatomiques et les troubles fonctionnels, il faut assurément tenir compte de cette circonstance que des mouvements convulsifs se sont manifestés dans les deux cas où la méningite avait lieu; mais on n'oubliera pas que la phlébite des veinules de la protubérance (phlébite bornée aux capillaires de la substance nerveuse) est la seule lésion appréciable dans le troisième cas de convulsion (obs. 1); d'une autre part, si l'on reconnaît diverses causes aux convulsions, et qu'on admette la phlébite cérébrale parmi ces causes, il restera encore à savoir pourquoi, dans les observations 2 et 3, qui offraient aussi des phlébites cérébrales, les convulsions n'ont pas été observées.

Paralysie. Elle est notée chez les trois sujets qui eurent des convulsions, et postérieurement à celles-ci. Les points sur lesquels elle porta sont l'aile gauche du nez, le côté gauche du cou et les membres gauches (obs. 1, phlébite simple de la moitié droite de la protubérance); les deux membres droits (obs. 4, phlébite des sinus de la dure-mère et des veines de la pie-mère, avec hémorrhagie méningée sur la convexité de l'hémisphère gauche, et méningite générale); le côté droit de la face d'abord, puis les deux membres supérieurs (obs. 5,

ramollissement rouge multiple du cerveau et du cervelet, très-étendu dans le corps strié gauche, avec phlébite cérébrale et méningée sur chaque point de ramollissement rouge; ramollissement blanc des parois des ventricules latéraux avec distension par un liquide trouble et floconneux; méningite très-circonscrite de la base au devant des pédoncules cérébraux.

Il n'y a d'autre lésion que la phlébite de la moitié droite de la protubérance pour expliquer la paralysie chez le premier sujet. Chez le second (obs. 4), on ne saurait attribuer la paralysie des membres droits qu'à l'hémorrhagie méningée sur l'hémisphère gauche, la méningite étant générale, également prononcée des deux côtés, et la phlébite n'intéressant point la substance cérébrale. Chez le troisième (obs. 5), la mince couche de pus située à la base était diminuée de volume et réduite à ses particules solides quand est survenue la paralysie qu'elle ne peut, dès lors, expliquer par la compression; reste le ramollissement distribué sur un nombre égal de points dans chaque moitié de l'encéphale, mais plus étendu dans la moitié gauche que dans la droite : si l'on ne peut rien déduire de l'effet croisé très-peu manifeste dans ce cas, on remarquera néanmoins que le premier point frappé de paralysie est la moitié droite de la face, c'est-à-dire la moitié opposée à celle dont le ramollissement cérébral est le plus étendu. La paralysie reconnait donc pour cause une lésion différente dans chacun de ces trois cas.

La *contracture* eut lieu chez les trois mêmes sujets, aux mâchoires dans la 1re observation, aux membres droits dans la 4e, aux deux membres supérieurs dans la 5e. Elle se montra, dans tous les cas, postérieurement aux convulsions; mais elle fut remarquable au membre supérieur droit chez le deuxième sujet dont les mouvements convulsifs persistaient au membre gauche (obs. 4).

La *difficulté* ou l'*impossibilité* de la déglutition n'est

mentionnée que dans les observations 4 et 5; elle cessa, chez le sujet de l'observation 4, lorsque la contracture des membres droits fut remplacée par la résolution complète.

L'*engourdissement* fut accusé d'abord au bras droit, puis à la main gauche et aux deux mollets, dans l'observation 3. On ne tiendra pas compte, si l'on veut, de l'engourdissement du bras droit, parce qu'une phlébite s'empara des veines de ce membre et qu'il y eut un phlegmon de l'épaule; cependant il ne faudrait pas oublier que la phlébite encéphalique et le ramollissement rouge avaient lieu du côté gauche, au lobe postérieur du cerveau et à la partie correspondante du cervelet.

Des phénomènes particuliers aux *organes de la vue* ne sont mentionnés que chez deux sujets : chez l'un, ce fut un peu plus de saillie du globe oculaire gauche, et l'encéphale, dans ce cas, n'avait pas d'autre lésion qu'une phlébite de la moitié droite de la protubérance (obs. 1); il y eut, chez l'autre, du trouble dans la vision, des cuissons dans les yeux, un appesantissement extrême des paupières, et, plus tard, une dilatation égale des deux pupilles qui, en moins de douze heures, avaient repris leur dimension naturelle, mais qui, immédiatement après la mort, se dilatèrent dans une proportion très-inégale, la droite beaucoup plus que la gauche (obs. 5). Cet excès de dilatation d'une pupille sur l'autre, immédiatement après la mort, est aussi noté dans la première observation, et c'est, dans ce cas, la pupille gauche qui s'élargit davantage.

La méningite de la base, au devant des pédoncules cérébraux et dans l'angle des nerfs optiques, ainsi que le ramollissement rouge des bandelettes optiques, se présentent naturellement pour expliquer le trouble de la vue, les cuissons et l'appesantissement des yeux dans la 5[e] observation. Mais ces lésions anatomiques ne s'accordent plus avec le singulier phénomène de la dilatation inégale des pupilles qui, jusqu'à la mort, n'avaient pas offert plus de largeur l'une que l'autre:

ce phénomène est, en effet, commun aux deux observations, et ne doit être interprété que par l'altération d'une même partie de l'encéphale; or, la méningite de la base, le ramollissement des bandelettes optiques, n'appartiennent qu'à la 5e observation, la seule lésion anatomique de la 1re étant la phlébite de la protubérance.

Mais la protubérance est aussi, dans la 5e observation, le siége d'une phlébite et d'un ramollissement rouge. D'une autre part, l'excès de largeur, chez ce sujet, a lieu dans la pupille droite, l'altération anatomique dans la moitié gauche de la protubérance; et, chez le sujet de la 1re observation, l'excès de largeur porte sur la pupille gauche, la lésion anatomique sur la moitié droite de la protubérance. Ainsi, en rapportant, dans ces deux cas, l'excès de largeur d'une pupille sur l'autre aux altérations de la protubérance, on sera d'accord avec la communauté du siége de la lésion pour expliquer un phénomène commun, et avec un fait depuis longtemps reconnu, l'action croisée des parties des centres nerveux qui sont situées au-dessus de l'entre-croisement des cordons rachidiens.

Tels sont les symptômes qu'il était permis, dans les cinq cas, de conférer avec les lésions anatomiques de l'encéphale. On remarquera 1° que la céphalalgie et le délire n'appartiennent à aucune lésion plus particulièrement qu'à une autre; 2° que les convulsions, la paralysie et la contracture ont lieu dans le cas où la phlébite est la seule lésion du cerveau comme dans ceux où d'autres désordres lui sont associés; 3° que la torpeur et l'obtusion de l'intelligence, notées seulement avec la complication d'un ramollissement, ne sauraient être considérées ici comme une dépendance de la phlébite cérébrale; 4° enfin, qu'il n'est pas un seul de ces divers symptômes qu'on ne rencontre dans des cas où la phlébite encéphalique n'existe point. Il n'y a donc, dans les cinq observations, ni symptôme isolé, ni groupe de symptômes qui puissent caractériser l'existence de cette phlébite.

Sans diagnostic précis, on ne peut avoir ni expérience positive, ni donnée directe pour le pronostic et le traitement; néanmoins l'analogie ouvre des voies indirectes qu'il est rationnel de suivre, à défaut de mieux. D'après les considérations qui terminent l'examen anatomique, les phlébites cérébrale et méningée, la méningite et le ramollissement rouge, observés chez les cinq femmes, rentrent dans la catégorie des lésions secondaires, c'est-à-dire dans la même catégorie que les engorgements et les abcès dits *métastatiques*. Or, de tels engorgements, malgré la tendance qu'ils ont plus que les autres à suppurer, n'aboutissent cependant pas toujours, et, lorsque la suppuration s'en empare, les abcès qui en résultent sont encore susceptibles de guérir sans se faire jour au dehors : c'est un fait assez souvent observé sur les parties qui sont accessibles à la vue; et, chez quelques sujets, j'ai pu constater que de tels engorgements étaient en pleine voie de guérison dans les viscères de l'abdomen et de la poitrine lorsque la mort est survenue. Quoique la même remarque n'ait pas été faite pour cette catégorie de ramollissements du cerveau, et que l'association d'une phlébite *capillaire* y soit une circonstance aggravante, il n'y a cependant pas de raison péremptoire pour admettre, contrairement aux données de l'analogie, qu'ils auront toujours une terminaison fatale.

Les mêmes considérations ramènent le traitement à celui des accidents consécutifs. Pour revenir au diagnostic, on sentira que, des symptômes annonçant l'invasion de l'encéphale par quelque lésion anatomique, il y a beaucoup moins d'importance à préciser si c'est une phlébite cérébrale, une méningite, un ramollissement, ou plusieurs de ces lésions réunies, qu'à décider si elle appartient à la catégorie des altérations consécutives. Or, pour légitimer cette filiation à une arthrite, à une pneumonie, etc., il suffit, chez le plus grand nombre des malades, d'avoir reconnu quelque part l'existence préalable d'une phlébite.

MÉMOIRE SUR LES OBLITÉRATIONS DES VOIES SPERMATIQUES ;

Par L. Gosselin, *agrégé et chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien du Bureau central.*

(2e article et fin.)

Il est ici trois choses capitales que je tiens à faire ressortir : 1° l'état anatomique de l'épididyme et du testicule dans ces cas ; 2° la non-atrophie de cet organe ; 3° les déductions physiologiques.

1° Pour ce qui est des caractères anatomiques, on a pu voir que les oblitérations dont j'ai parlé empêchent matériellement l'arrivée du sperme dans la vésicule correspondante, le forcent à s'arrêter dans la glande et dans l'épididyme. Or, jusqu'à présent, cette stase ne m'a pas paru exercer de changement dans les lobes séminifères du testicule lui-même ; elle produit au contraire, dans certaines circonstances, une dilatation réelle de l'épididyme, dont j'ai fait représenter deux exemples. Je suis donc en droit de dire qu'il y a un spermatocèle véritable, que ce spermatocèle est caractérisé surtout par la dilatation du canal de l'épididyme, et que, si cette altération peut reconnaître d'autres causes, la continence par exemple, elle est certainement amenée quelquefois par les oblitérations dont j'ai entretenu l'Académie. N'oublions pas maintenant que j'ai constaté aussi d'une manière positive l'existence des oblitérations sur des testicules dont l'épididyme n'offrait point cette dilatation variqueuse de son conduit ; peut-être cela tient-il à ce que, la maladie étant plus ancienne, les parties sont revenues peu à peu à leur état normal, ou bien à ce que la sécrétion spermatique avait notablement

perdu de son activité. Dans les faits que j'ai cités, l'épididyme non dilaté au delà de l'oblitération ne contenait pas de spermatozoaires ; mais, on se le rappelle, le testicule du côté opposé, qui était sain, n'en renfermait pas non plus, de telle sorte que nous ne pouvons rien en conclure quant à la suppression ou à la persistance de la sécrétion.

2° Le second point capital est celui-ci : les testicules dont le sperme ne peut plus arriver dans les vésicules séminales ne s'atrophient pas pour cela. Dans tous les faits qu'il m'a été donné jusqu'à ce jour de rencontrer, et j'ai eu soin de le faire ressortir dans mes descriptions, il n'y avait pas d'atrophie ; la chose a été facile à constater, puisque, dans la plupart de ces faits, l'autre testicule était resté sain, et permettait la comparaison. J'ai noté quelquefois, il est vrai, une injection moins grande, une pâleur de l'organe ; mais cet état se rencontre si souvent sur les testicules les plus sains, que je ne suis pas en droit actuellement de l'attribuer aux oblitérations ; il me paraît dépendre surtout de l'état général du sujet, et de la débilité qui a été la conséquence d'une longue maladie. Je ne voudrais pas assurer pourtant que les obstacles au cours du sperme ne seront pas quelquefois susceptibles d'amener une diminution dans l'activité de l'organe, qui finirait par s'accompagner d'une atrophie ; je dis seulement que je n'ai pas encore de fait à l'appui de cette opinion, et que sans doute un semblable état de chose ne doit arriver que lentement et au bout d'un temps fort long.

3° Une première conséquence physiologique de mon travail est celle-ci : Les testicules oblitérés n'en sécrètent pas moins le sperme avec ses caractères physiologiques. On se rappelle que j'ai trouvé dans plusieurs cas les animalcules spermatiques avec les granules moléculaires et les cellules d'épithélium dans le liquide de l'épididyme, tandis que celui de la vésicule ou du canal déférent renfermait bien les cellules épithéliales, mais ne contenait pas du tout de sperma-

tozoaires. Je ne sais si la sécrétion peut conserver longtemps ces caractères de l'état physiologique; cependant, si l'on considère que l'absence du canal déférent, dans ma première observation, a dû être le résultat d'un travail assez lent et de date ancienne; que les indurations de la queue de l'épididyme trouvées sur des sujets morts de maladies toutes différentes avaient probablement été la conséquence de maladies autrefois développées dans cette région, on sera disposé à admettre avec moi que l'oblitération peut laisser pendant longtemps, sinon toujours, à la sécrétion du sperme son activité normale.

Voici maintenant une autre conséquence physiologique: bien que le produit de la sécrétion spermatique ait cessé de parcourir le canal déférent et la vésicule, ces parties n'en contiennent pas moins une quantité notable de liquide. Nous avons vu seulement que ce liquide est moins visqueux et plus clair; que surtout il ne renferme pas d'animalcules, alors qu'on en trouve du côté opposé. Cette disposition nous démontre la vérité de ce fait admis par tous les physiologistes, depuis les travaux de Swammerdam et de Hunter, savoir que ces parties, la vésicule surtout, sécrètent un liquide destiné à s'ajouter au sperme dans l'état physiologique.

Les expériences sur les animaux, les éjaculations insuffisantes des eunuques, ont déjà bien démontré cette sécrétion particulière; mais il est curieux que, sur deux de mes préparations, la vésicule séminale ait été trouvée non-seulement pleine de liquide, mais encore un peu plus volumineuse que celle de l'autre côté, où se trouvait du sperme véritable avec des animalcules. Il reste à savoir si, chez les individus portant une oblitération semblable à celles que j'ai décrites, ce liquide sécrété par la vésicule du côté altéré se mélange au moment de l'éjaculation avec le sperme du côté sain. Il est probable, mais difficile à démontrer, que les choses se passent ainsi, et que la quantité du liquide éjaculé reste en définitive la même

chez ces sujets. C'est là sans doute encore une des raisons pour lesquelles on ne soupçonne pas pendant la vie l'existence du changement survenu.

Je viens de toucher un autre point de vue physiologique. J'ai laissé entendre que les oblitérations du canal déférent et de la vésicule ne troublaient pas notablement la santé de l'individu, et n'étaient pas reconnues pendant la vie : or, si le testicule n'est point atrophié, si la sécrétion testiculaire continue d'avoir lieu, l'excrétion étant empêchée, s'il n'en résulte pas un engorgement douloureux et des accidents inflammatoires, il faut rechercher la cause de cette innocuité : cette cause se trouve tout simplement dans une absorption sur place du produit de sécrétion.

Tous les physiologistes ont reconnu que le sperme était, de tous les liquides sécrétés, celui qui le plus facilement était soumis aux lois de l'absorption. En effet, chez les sujets les mieux conformés, son excrétion n'est ni continue ni régulière; les vésicules séminales sont des organes de dépôt, il est vrai, mais elles ont peu de capacité, ne sont susceptibles que d'une faible distension. Or, si ces organes ne peuvent se prêter à une grande accumulation de liquide ; si, d'un autre côté, comme tout le monde l'admet, rien n'arrête ou ne suspend la sécrétion, c'est que, par une absorption graduelle et proportionnée, la nature supplée à cette insuffisance apparente des dispositions anatomiques.

Ai-je besoin de rappeler d'ailleurs que cette absorption du sperme, dans les voies qu'il parcourt, est regardée avec raison par tous les physiologistes comme une chose utile au maintien régulier de nos organes, et à l'exercice de presque toutes nos fonctions? Voyez ce qui arrive quand le testicule vient à manquer ou à disparaître, ou quand il ne prend qu'un développement incomplet : le sperme alors n'est point absorbé en assez grande quantité, et tout l'organisme s'en ressent ; la constitution reste faible, le corps ne prend pas ou perd en

partie les caractères de la masculinité. Voyez encore ce qui arrive chez les sujets atteints de pertes séminales involontaires nocturnes et surtout diurnes : ils ne digèrent pas, dorment peu, s'affaiblissent et languissent. C'est qu'en effet la nature a voulu faire servir, par le moyen de l'absorption, à la conservation régulière de l'individu, le même produit dont elle a destiné l'excrétion à la conservation de l'espèce.

Quand une oblitération a lieu, le dernier, c'est-à-dire le plus capital des usages de la sécrétion testiculaire est suspendu ; mais le second persiste ; l'absorption du sperme se fait dans le testicule et surtout dans l'épididyme, comme dans le reste des voies séminales ; et ainsi, d'un côté, la distension des parties ne devient point assez grande pour qu'il en résulte un état local fâcheux ; d'un autre côté, l'influence salutaire du sperme sécrété ne cesse pas de s'exercer sur toute l'économie.

Dans les oblitérations des voies spermatiques en un mot, la nature se débarrasse par l'absorption, comme dans celles des voies biliaires et urinaires ; mais tandis que, dans le premier cas, elle fait passer dans le torrent circulatoire des matériaux utiles, dans le second elle y fait passer des substances nuisibles ou délétères : voilà comment des altérations qui peuvent être identiques dans leur nature amènent cependant des résultats bien différents.

Je ne voudrais cependant pas être exclusif et soutenir qu'aucun accident ne peut être le résultat de ces oblitérations, et du spermatocèle épididymaire qui en est parfois la conséquence. Mais j'ai dit en commençant que je n'avais point de documents assez nombreux sur cet objet ; il me suffit d'avoir éveillé l'attention des observateurs pour que l'on recherche si certains engorgements inflammatoires, si les douleurs qui se prolongent parfois longtemps après la guérison apparente de l'orchite, si enfin les névralgies testiculaires décrites par

A. Cooper, n'auraient pas quelquefois pour cause une de ces oblitérations (1).

Il serait nécessaire aussi, pour compléter cette étude, de faire connaître les causes de l'oblitération. Ici encore je suis obligé de m'imposer une grande réserve, les observations cliniques n'ayant point encore été mises en regard de faits anatomiques semblables à ceux que j'ai signalés. Cependant, pour les oblitérations au niveau de la queue de l'épididyme, puis-je m'empêcher de rappeler les maladies si fréquentes de cette région, les indurations qui accompagnent les noyaux tuberculeux, celles qui succèdent si souvent à l'épididymite blennorrhagique? Je suis convaincu que, chez un certain nombre des sujets présentant ces altérations, le sperme est arrêté et ne va pas dans les vésicules séminales; chez ces individus par conséquent, si un des testicules est malade, l'autre est seul en état de fournir des matériaux propres à la fécondation; et si tous les deux sont pris à la fois, ce qui est beaucoup plus rare, la fécondation devient impossible.

Il est d'ailleurs probable que ces oblitérations sont quelquefois temporaires : on se rappelle les deux faits dans lesquels, l'induration exstant au niveau de la queue de l'épididyme, et les animalcules n'étant pas arrivés au delà de cette induration, l'injection a pu néanmoins passer; il y avait alors une oblitération incomplète qui eût pu sans doute disparaître à la longue. Ces altérations, quand elles sont la conséquence d'un

---

(1) Depuis que ce travail est commencé, j'ai rencontré au Bureau central un jeune homme qui porte des noyaux d'induration probablement tuberculeuse dans les deux épididymes. Il est d'ailleurs d'une assez bonne santé, et ne manque pas d'appétit vénérien; il se plaint d'une seule chose, c'est, au moment où l'éjaculation doit avoir lieu, de sentir seulement s'écouler une ou deux gouttes de liquide, et d'éprouver ensuite dans les deux testicules des douleurs et un peu de gonflement qui se dissipent assez vite.

travail inflammatoire, sont constituées par de la substance plastique épanchée et organisée dans le tissu cellulaire qui unit entre elles les flexuosités du conduit vecteur du sperme. Or, cette substance, ici comme ailleurs, est capable de disparaître par résolution, et de permettre ainsi le rétablissement des voies spermatiques.

§ IV. *Oblitérations au niveau de la tête de l'épididyme.* — Les oblitérations dont il a été question jusqu'ici nous présentaient cette importance capitale, que, placées sur un point où les voies spermatiques sont formées par un seul conduit, elles arrêtent forcément la marche du sperme. Les oblitérations dont je vais parler actuellement n'ont pas cet inconvénient, parce qu'elles portent sur une région où les voies séminales sont constituées encore par des canaux multiples, et où la disparition d'un certain nombre de ces canaux n'empêche pas le sperme de suivre les autres conduits, et d'arriver à sa destination; je veux parler de celles qui se rencontrent dans la tête de l'épididyme. L'anatomie normale touche ici de très-près à l'anatomie anormale; pour faire bien concevoir la seconde, je suis donc obligé d'entrer préalablement dans quelques détails sur la première.

L'épididyme est un conduit unique replié sur lui-même un grand nombre de fois; mais ce conduit est fermé par la réunion successive d'un certain nombre de canaux, qui occupent la partie appelée tête de l'épididyme. Ces canaux euxmêmes sont la continuation de ceux qui viennent du testicule et qu'on nomme *vaisseaux efférents.*

Les vaisseaux efférents sont au nombre de sept à douze; ils abandonnent le testicule au niveau de la partie antérieure du corps d'Highmore, en traversant la tunique albuginée; en ce point ils sont assez volumineux pour qu'on puisse les voir et les suivre avec le scalpel, surtout lorsqu'ils sont distendus par le mercure; après un court trajet, ils commencent à décrire des flexuosités, puis ils deviennent de plus en plus fins,

et même tellement ténus, qu'il est extrêmement difficile de les suivre par la dissection. A mesure que ces vaisseaux s'avancent dans la tête de l'épididyme, ils décrivent des flexuosités de plus en plus grandes, et chacun d'eux représente, de cette manière, un cône dont le sommet est à la tunique albuginée, et dont la base, représentée par des flexuosités nombreuses et serrées, est dans la tête de l'épididyme. Chacun des cônes vient enfin se terminer en se réunissant avec le cône le plus voisin, et cette réunion successive amène définitivement la formation du canal de l'épididyme. Les planches de Lauth et d'A. Cooper représentent très-bien cette disposition. Je dois dire, cependant, qu'il est à peu près impossible de démontrer, par la dissection, cette formation de l'épididyme; on suit bien le premier cône, parce que son conduit est assez gros; on peut suivre encore le deuxième et voir sa jonction avec le premier; pour le troisième, la chose commence à devenir plus difficile; et, à mesure que l'on s'avance vers la partie antérieure de la tête, les canaux deviennent tellement fins qu'on a une peine infinie à les disséquer sans les ouvrir. Néanmoins, les matières à injection, surtout la térébenthine colorée, peuvent les remplir; et c'est de cette manière que l'on démontre bien leur existence; mais dans beaucoup de cas, l'injection échoue, soit qu'on emploie le mercure, soit qu'on se serve de l'essence de térébenthine; il reste alors une portion de la tête de l'épididyme qui n'est point remplie, et qui se distingue par une coloration différente de celle des portions injectées. Ce résultat n'empêche pas le corps d'Highmore, et même les vaisseaux séminifères, de s'emplir; il suffit, pour cela, que le liquide puisse s'engager par un ou deux des vaisseaux efférents.

Étonné de cette difficulté de remplir entièrement la tête de l'épididyme, difficulté qui s'est présentée à d'autres anatomistes, et qui est indiquée en effet dans les planches de Lauth et d'A. Cooper, j'ai examiné attentivement comment

les choses se passaient; j'ai observé, plusieurs heures de suite, le chemin que suivait la matière employée, et voici ce que j'ai constaté : Une fois que le liquide est arrivé dans un ou deux des vaisseaux efférents, le plus souvent la tête de l'épididyme cesse de se remplir, l'injection marchant dans le corps d'Highmore et dans le testicule; mais un peu plus tard, au moment sans doute où le liquide rencontre une résistance trop grande dans les vaisseaux séminifères, on le voit arriver de bas en haut dans ceux des vaisseaux efférents qui ne s'étaient point injectés par la voie directe; sur quelques sujets, cette injection par la voie rétrograde complète la préparation, c'est-à-dire que la tête achève de se remplir entièrement. Mais chez un certain nombre, après cette marche du liquide alternativement par la voie directe et par la voie rétrograde, il reste toujours une partie de la tête où le liquide n'est point arrivé. J'ai observé ce résultat un grand nombre de fois, et particulièrement sur des sujets un peu avancés en âge; il s'agit de l'interpréter et de savoir si cette disposition tenait à la ténuité trop grande des canaux, ténuité qui ne leur avait pas permis de recevoir l'injection, ou bien à une oblitération.

Pour arriver plus sûrement à la solution de ce problème, j'ai, sur un bon nombre de testicules, eu recours au procédé suivant : Je plaçais au-dessous de la tête de l'épididyme, entre elle et le testicule, soit une pince à torsion, soit une pince à pression continue, qui avait pour objet de serrer fortement les canaux efférents, ét d'empêcher pour quelque temps le passage du liquide dans le corps d'Highmore; puis, laissant l'appareil en place, pendant 12, 15, 24 et même 48 heures, s'il ne se faisait pas de rupture, l'injection remplissait tout ce qui pouvait s'injecter dans la tête de l'épididyme; il m'est souvent arrivé par ce moyen de remplir complétement cette partie, mais quelquefois encore, la préparation restait incomplète; alors enlevant l'obstacle, je ne tardais pas à voir revenir l'in-

jection de bas en haut par les vaisseaux efférents, qui, jusque-là, ne s'étaient pas distendus. J'ai réussi quelquefois à compléter ainsi la préparation par la voie rétrograde; mais encore, dans quelques cas, une partie de la tête de l'épididyme est restée réfractaire et sans injection.

Je crois bien que la ténuité des canaux a pu quelquefois être la cause qui s'opposait à l'arrivée du liquide; mais sur plusieurs testicules, j'ai dû l'attribuer à une oblitération de ces fins conduits: en effet, j'ai plusieurs fois disséqué attentivement et avec précaution les vaisseaux efférents sans les ouvrir jusqu'au point où l'injection cessait, et cette préparation est plus facile à faire sur les pièces préparées au mercure que sur celles à l'essence de térébenthine; alors mettant bien à découvert ce point, je pressais avec le manche d'un scalpel, ou bien avec les doigts, de manière à forcer le mercure à s'avancer dans les parties non injectées. Or, j'ai vu que le liquide n'avançait pas, malgré les pressions fortes et longtemps continuées qui cependant n'avaient pas rompu la continuité du canal. Craignant que l'accumulation du sperme dans ces petites voies n'apportât un obstacle, sur plusieurs testicules je fis des incisions, des ponctions dans la partie non injectée, je pressai pour exprimer le liquide, que, du reste, je n'ai jamais trouvé en notable quantité dans ces cas, et malgré cette précaution, le mercure n'a pas avancé davantage.

Sur plusieurs des testicules où j'ai rencontré cette absence d'injection dans la tête de l'épididyme, j'ai constaté en même temps une dilatation considérable des canaux efférents depuis leur émergence du testicule jusqu'à leur entrée dans l'épididyme, dilatation qui est bien en rapport avec un obstacle situé au delà; deux fois même j'ai constaté la disposition suivante : trois des canaux efférents notablement dilatés se terminaient brusquement; ils étaient pleins de mercure, et semblaient finir en cul-de-sac; je coupai au delà, c'est-à-dire dans

la portion non injectée, puis j'exerçai des pressions sur les conduits dilatés; il me fut impossible de faire sourdre la moindre gouttelette de liquide par la surface de section, ce qui devait avoir lieu cependant, si les conduits n'étaient point oblitérés, et ne formaient pas des culs-de-sac véritables. J'ai examiné les choses si attentivement sur ces deux testicules et sur plusieurs autres, que, pendant un certain temps, j'ai cru à l'existence, dans la tête de l'épididyme, de deux espèces de cônes, les uns destinés à transporter le sperme qui venait du testicule et du corps d'Highmore, les autres faisant exclusivement l'office de glandes, sécrétant du sperme, et l'envoyant dans la partie antérieure du corps d'Highmore, et de là dans les autres vaisseaux efférents; c'est après avoir multiplié mes recherches, après avoir trouvé que le plus souvent, chez les jeunes sujets, on remplissait toute la tête de l'épididyme, que je suis arrivé à regarder comme le résultat d'oblitérations les dispositions dont je parlais tout à l'heure.

Ces oblitérations pourront bien succéder aux maladies inflammatoires; mais comme je les ai trouvées plutôt sur les testicules de sujets adultes ou de vieillards, je suis disposé à croire qu'elles arrivent aussi par les progrès de l'âge. Il y aurait pa conséquent, dans la tête de l'épididyme, une tendance à l'oblitération qui permettrait de compléter le parallèle du testicule et de l'ovaire. Ce dernier organe perd, après la disparition des règles, ses caractères anatomiques normaux; les cellules disparaissent en s'oblitérant. Le testicule, au contraire, conserve jusqu'à la fin de la vie ses caractères anatomiques et sa texture; ses vaisseaux séminifères persistent; mais c'est dans la tête de l'épididyme que se montre parfois la disparition de la structure normale et un changement analogue à celui qui envahit l'ovaire tout entier.

Avec les oblitérations dans la tête de l'épididyme, coïncide souvent la formation de kystes plus ou moins volumineux dans cette région. On serait peut-être disposé à croire, d'après

cela, que les kystes dont il s'agit ont pour origine une dilatation consécutive à l'obstacle que l'oblitération amène ; je sais même qu'un anatomiste distingué, M. le docteur Sappey, adopte cette manière de voir; pour moi, je n'admets cette origine des kystes que comme exceptionnelle; je crois que leur formation n'est pas due, dans l'immense majorité des cas, à une dilatation soit totale, soit partielle, des canaux séminifères; mais ce sujet, pour être discuté ici, exigerait des développements un peu trop longs, que je destine d'ailleurs à un autre travail.

§ V. *Oblitération des vaisseaux séminifères.* — Ce que j'ai à dire ici est mieux connu des anatomistes, et se réduit à peu de chose : les vaisseaux séminifères du testicule s'oblitèrent ou disparaissent quand cet organe devient le siége d'une dégénérescence. L'oblitération peut être partielle ou totale. Ici les injections ne peuvent plus être employées pour démontrer le changement survenu; à l'œil nu on reconnaît si la substance séminifère existe ou n'existe pas; on peut voir si le tissu que l'on a sous les yeux est susceptible de céder aux tractions avec une pince sous forme de filaments plus ou moins longs; j'ai rencontré plusieurs cas dans lesquels une hypertrophie du tissu fibreux avec ou sans tuberculisation avait comprimé et comme étouffé la substance séminifère. L'épididyme est d'ailleurs presque toujours malade dans ces cas, et arrête les injections.

Si j'ai voulu dire un mot de cette dernière variété, c'était surtout afin de présenter le tableau complet des oblitérations des voies spermatiques.

Je puis maintenant résumer ce travail par les propositions suivantes :

1° Le canal déférent peut s'oblitérer, et cesser de porter le sperme à la vésicule séminale.

2° Le canal de l'épididyme peut s'oblitérer au niveau de la

queue de cet organe ; l'arrivée du sperme dans la vésicule est encore empêchée par cette altération.

3° Dans ces deux circonstances, le canal qui forme l'épididyme peut se dilater, devenir variqueux ou bien conserver son aspect normal.

4° Le testicule, dans ces cas, ne s'atrophie pas habituellement ; il continue de sécréter, et l'absorption débarrasse les voies engorgées.

5° Il y a des oblitérations incomplètes ou temporaires au niveau de la queue de l'épididyme.

6° Il se fait des oblitérations dans la tête de l'épididyme ; mais celles-là n'opposent pas une barrière au cours du sperme.

7° Il y a des oblitérations totales ou partielles dans les vaisseaux séminifères du testicule.

OBSERVATIONS DE MOUVEMENTS RHYTHMIQUES SPASMODIQUES, SUIVIES DE QUELQUES REMARQUES (1) ;

Par le Dr G.-E. PAGET.

Les contractions musculaires qui se montrent comme symptômes de maladies sont ordinairement si irrégulières et si mal déterminées, que rien n'est plus difficile que d'en tracer une description exacte. Nous citerons, par exemple, les convulsions de l'épilepsie et de la chorée ; il est des cas cependant dans lesquels ces mouvements morbides sont nettement caractérisés, et offrent cette particularité remarquable qu'ils se répètent suivant un rhythme régulier.

Dans ce travail, nous rassemblerons les faits qui nous sont propres, et les quelques faits analogues qui existent dans la

(1) Extrait de l'*Edinburgh medical and surgical journal*, janvier 1847.

science. Nous en rapprocherons d'autres qui, tout différents qu'ils soient sous quelques rapports, leur ressemblent cependant jusqu'à un certain point; enfin, tout en reconnaissant que la pathologie de désordres nerveux, si peu communs, n'est pas beaucoup plus avancée que celle des maladies convulsives en général, nous essayerons de présenter quelques réflexions sur des phénomènes aussi curieux, plutôt comme de simples conjectures ou des approximations destinées à éclairer un problème physiologique et pratique du plus haut intérêt, que comme des solutions définitives.

Observation I. — Une dame de 35 ans, habituellement bien réglée, et mariée à 31 ans, avait eu un enfant, après un travail long et prolongé, au mois de décembre 1842. Depuis cette époque, sa santé, qui avait été toujours bonne, resta altérée. Elle eut une inflammation du sein, plus tard des douleurs d'estomac; et vers le milieu de l'été de 1844, elle commença à souffrir de ce qu'elle appelle des spasmes. Plusieurs fois dans la semaine elle était prise de ces derniers accidents, qui commençaient par une sensation d'étouffement, et qui était suivie de cris inarticulés, de rires et de sanglots. Bref, c'étaient des accès hystériques, et ils offraient cette circonstance particulière qu'ils se terminaient par des mouvements irréguliers de tiraillements dans les membres, mouvements qui persistaient encore jusqu'à certain degré, un jour ou deux après l'accès. Ces attaques d'hystérie revinrent ainsi jusqu'à l'époque de l'apparition des accidents, pour lesquels je fus appelé à lui donner des soins. Vers la fin de janvier 1846, elle fut prise de douleurs dans les genoux et dans les pieds; ces douleurs furent regardées comme rhumatismales et suivies d'une sensation de tiraillement dans le genou droit. Quelques jours après (le 1er février), il survint de nouveaux accidents: c'étaient des mouvements rhythmiques constants, pendant lesquels la malade saluait alternativement à droite et à gauche, et qui ne cessaient que pour faire place aux accidents hystériques; ces derniers survenaient deux ou trois fois par jour, vers onze heures du matin et vers quatre heures de l'après-midi. La malade était dans cet état depuis trois semaines, lorsqu'elle se décida à entrer à l'hôpital d'Addenbrooke. En entrant dans la salle où les malades étaient rassemblés, mon attention fut de suite portée vers cette malade: pendant que les autres étaient

assises, elle était debout au milieu d'elles, et saluait alternativement à droite et à gauche; les mouvements n'étaient nullement précipités, et en toute autre circonstance, on eût pu les prendre pour les salutations d'une personne qui aurait reçu une nombreuse société; mais il y avait cette différence que les mouvements étaient répétés sans intermission, et avec une régularité véritablement rhythmique. Je la fis passer dans mon cabinet, et j'appris qu'il lui était absolument impossible de suspendre ces mouvements; je lui dis de s'asseoir, elle s'assit, et les mouvements cessèrent; mais elle se plaignit aussitôt d'une sensation d'angoisses vers l'extrémité inférieure du sternum, dans un point qui avait l'étendue d'une couronne, et au niveau duquel il n'y avait pas de sensibilité à la pression; il lui semblait encore, quand elle était assise, qu'elle allait étouffer : aussi s'empressa-t-elle de quitter son siége, et les mouvements convulsifs recommencèrent immédiatement. Je la fis asseoir de nouveau : quelques minutes après, elle fut prise de mouvements violents et variés: d'abord son pied droit battit la terre avec rapidité et violence pendant une minute ou deux, puis les deux pieds exécutèrent la même manœuvre; ensuite elle battit la terre alternativement avec le talon et les orteils; enfin, portant les deux pieds en dehors et en dedans alternativement, elle les éloigna d'environ 20 pouces, et les rapprocha ensuite. Chacun de ces mouvements dura d'une à deux minutes; au dernier, elle se leva subitement de sa chaise, et après plusieurs sauts, elle fut reprise des mouvements alternatifs de salutation qu'elle exécuta avec plus de vigueur qu'auparavant; après quoi, la jambe droite entra dans une espèce de vibration pendant laquelle elle était portée en avant et en arrière comme un pendule, et avec la plus grande énergie. En saisissant fortement la jambe, je parvins à faire cesser ces mouvements, mais non sans éprouver des mouvements brusques du pied et de la jambe. Deux minutes après que j'eus cessé de retenir le membre, il recommença ses oscillations, et continua ainsi pendant quelques minutes, jusqu'au moment où les salutations recommencèrent. Ces derniers mouvements étaient isochrones avec le pouls: il y en avait 42 à la minute de chaque côté, et le pouls fournissait 84 pulsations. La malade en était considérablement fatiguée; elle avait quelques mouvements involontaires pendant le sommeil; mais pendant la durée de cet acte réparateur, ils étaient beaucoup moins réguliers et beaucoup moins constants: la mémoire était troublée, et l'énergie détruite. Sous tous les autres rapports, l'intelligence était parfaite. La face était naturelle, la langue un peu

chargée à sa base, et entamée en quelques points par l'action des dents; constipation; douleur vive au sommet de la tête; pas de sensibilité anormale sur le trajet du rachis. Le jour de son entrée, cette malade fut purgée avec de l'huile de ricin; le lendemain, on lui appliqua douze sangsues aux tempes, et je la mis à l'usage de toniques et d'aliments réparateurs (préparations ferrugineuses, nourriture animale, exercice en plein air, etc.). L'amélioration fut rapide, les mouvements perdirent d'abord de leur intensité, et devinrent de jour en jour plus soumis à la volonté; enfin, ils cessèrent complétement. Il resta seulement, pendant quelque temps encore, des mouvements saccadés dans le genou droit, et une sensation de gêne vers le sternum, lorsque la malade restait trop longtemps en repos. Vingt jours après son entrée à l'hôpital, les règles parurent, et avec elles une sensation de froid au sommet de la tête, et de douleur dans le côté gauche de cette partie. Ces symptômes cessèrent avec les règles, et dix jours après, elle sortait de l'hôpital parfaitement guérie.

Obs. II. — Une jeune fille de 12 ans et demi est entrée à l'hôpital de Addenbrooke le 11 novembre 1842, pour une paralysie des membres inférieurs. Cette paralysie datait de sept ou huit mois, et avait été précédée de mouvements involontaires de deux espèces: les uns consistaient en un mouvement de rotation continuel de la tête de droite à gauche, qui se produisait constamment pendant le jour, et quelquefois pendant la nuit, et qui était aussi régulier que les mouvements d'un pendule; les autres étaient des mouvements convulsifs les plus violents, consistant en une contraction brusque des muscles de la partie antérieure du corps, en vertu de laquelle les jambes étaient entraînées jusque par-dessus la tête. Ces convulsions violentes se répétaient toutes les dix minutes, et cela quelquefois pendant vingt-quatre heures. Les oscillations de la tête remplissaient les espaces intermédiaires. Cette jeune fille était malade depuis le mois de janvier précédent; un vomitif énergique lui fut administré à cette époque, et dans la nuit suivante, elle fut prise de vibrations dans la tête, en même temps elle faisait un bruit particulier avec la bouche. Ces accidents continuèrent, et quinze jours après, on vit paraître les convulsions. Un médecin qui fut consulté prescrivit de la térébenthine: la malade rendit quarante ou cinquante vers. Quelque temps après la diminution des vibrations de la tête et des mouvements convulsifs, on s'aperçut que la malade avait perdu l'usage de ses membres infé-

rieurs ; à son entrée à l'hôpital, elle était dans l'impossibilité de marcher et de se tenir debout, ses jambes fléchissaient sous elle, elle les remuait cependant, mais faiblement ; elle les soulevait avec plus de facilité lorsqu'elle était couchée ; les muscles étaient petits, mais bien conformés ; pas de sensibilité anormale vers la colonne vertébrale ; la face peu intelligente, la partie antérieure de la tête remarquablement petite, le front très-bas et très-étroit ; céphalalgie continuelle ; pouls à 120, mou et faible ; langue chargée, constipation, bon appétit. La malade fut mise à l'usage d'une nourriture succulente, et traitée par l'aloès, les pédiluves chauds le soir, et les bains froids le matin ; en outre, on la fit promener en plein air, appuyée sur deux infirmières. L'amélioration fut graduelle et permanente : après huit jours, elle pouvait marcher avec un bras étranger, seulement sa marche était incertaine, et comme celle d'un enfant qui apprend à marcher. Elle quitta l'hôpital parfaitement guérie six semaines après.

Nous avons trouvé dans le journal d'Édimbourg une observation qui a les plus grands rapports avec la précédente, surtout en ce qui touche la locomotion.

Obs. III. — Une femme de 23 ans, non mariée, était malade depuis sept ans ; depuis six ans surtout, elle avait tous les jours des convulsions, excepté pendant le sommeil. Couchée sur le dos, sa tête se portait alternativement d'un côté à l'autre ; couchée sur le côté, celui qui n'était pas appuyé sur l'oreiller était agité de violentes vibrations. En outre de ces mouvements vibratoires constants, il y avait souvent des accès de la plus grande violence : elle se mettait tout d'un coup sur son séant, et alors les mouvements de rotation devenaient en quelque sorte furieux ; non-seulement la tête, mais le corps lui-même étaient entraînés dans cette agitation avec une rapidité effrayante. Ces accidents duraient une minute, puis survenaient des mouvements alternatifs du tronc en avant et en arrière ; la tête était entraînée brusquement jusque vers les genoux, et en arrière jusque sur l'oreiller. Enfin, après une demi-minute, cet accès cessait, et la malade tombait dans l'affaissement. Un peu de douleur et de sensibilité dans la région de l'utérus. La malade, qui avait été soumise sans succès à un grand nombre de traitements, guérit en quelques semaines par l'emploi des révulsifs, et en particulier des frictions stibiées sur la tête et

sur la colonne vertébrale. (R. Hunter, *Edinb. med. and surg. journal*, t. XXIII.)

Dans ces trois observations, les mouvements principaux étaient entrecoupés de temps en temps par des mouvements d'une autre espèce; il n'en est cependant pas toujours ainsi.

Obs. IV. — Une jeune fille âgée de 19 ans reçut un coup violent sur la poitrine; il en résulta une hémoptysie. Quelque temps après, elle fut prise de mouvements anormaux, consistant dans une rotation latérale de la tête. Ces mouvements de rotation étaient au nombre de vingt-deux par minute, et duraient la nuit et le jour, sans aucun autre accident convulsif. Il y avait un peu d'affaiblissement de l'audition du côté droit, et de la motilité du côté correspondant; elle resta pendant quelque temps dans le même état dans l'hôpital de Middlesex. Ayant été reprise d'hémoptysie, on lui pratiqua une saignée, et l'affaiblissement qui en fut la suite détermina des accidents hystériformes, mais les mouvements rhythmiques diminuèrent et ils disparurent entièrement. (Ch. Bell, *Nervous system*, obs. 75; 1830.)

Obs. V. — Une jeune dame, chez laquelle les règles étaient irrégulières et peu abondantes, fut prise de mouvements de rotation de la tête qui durèrent jour et nuit, sans relâche, pendant trois semaines, et qui se répétèrent pendant quatre ans, à intervalles de quelques semaines. Ces mouvements anormaux cessèrent tout d'un coup et d'une manière définitive, lorsque la menstruation s'établit plus complétement et avec plus de régularité. (Abercrombie, *Diseases of the brain*, obs. 158.)

Obs. VI. — Une femme de moyen âge, chez laquelle les règles étaient sur le point de cesser entièrement, offrait des mouvements de rotation de la tête, qui survenaient par accès plusieurs fois par jour, et qui duraient de trois à quatre minutes. La tête se portait involontairement de droite à gauche, et réciproquement, environ huit fois par seconde. Ces accès étaient toujours précédés d'une disposition bizarre à la loquacité. Cette affection céda à l'application de ventouses, de sangsues, et à l'usage des purgatifs aloétiques. (D[r] Conolly, *Cyclopedia of pract. med.*, art. *Chorea*.)

Obs. VII. — Un mineur âgé de 28 ans, qui avait travaillé dans une galerie dans laquelle l'air était altéré, fut pris de troubles de la digestion, de courbature et d'étourdissements. Deux mois après

l'apparition de ces accidents, il ressentit, au moment où il était assis, un besoin irrésistible de parler : l'articulation des mots était excessivement rapide et peu distincte, les idées incohérentes et ridicules ; tendance au bredouillement, à répéter deux ou trois fois la même chose. Le malade avait la conscience de la tendance à la loquacité et de l'absurdité de ses paroles, mais il lui était impossible d'y résister ; au surplus, l'intelligence était intacte. Peu de temps après, la tête commença à être agitée de mouvements de rotation qui survenaient par accès quatre fois par jour ; ces mouvements étaient très-étendus et répétés vingt fois dans un quart de minute. Cet homme guérit après cinq mois d'un traitement qui avait été surtout dirigé contre le trouble des organes digestifs. (Dr Calvert-Holland, *Edinb. med. and surg. journal*; 1844.)

Les quatre dernières observations offrent des exemples de mouvements rhythmiques toujours les mêmes; dans deux de ces observations, les accidents ont persisté d'une manière continue pendant un temps assez long; dans les deux autres, ils se sont montrés sous forme intermittente et par accès. J'ai eu l'occasion d'observer des mouvements analogues chez une de mes malades.

Obs. VIII. — Une femme de 48 ans, forte et bien proportionnée, se livrant à des travaux extrêmement durs, et y passant parfois les nuits, avait vu sa santé s'altérer depuis un an et demi. Au mois d'août 1845, elle ressentit de violentes douleurs dans l'abdomen : elle rendit de l'urine mêlée à des graviers rougeâtres. Ces accidents avaient à peine disparu, qu'elle fut prise de mouvements convulsifs de la tête, pendant lesquels cette partie exécutait des mouvements de rotation d'un côté à l'autre ; d'abord les épaules et le tronc participèrent à ce mouvement, bientôt la tête seule en fut affectée. Je l'observai pour la première fois le 24 avril 1846, elle était dans l'état suivant : les mouvements de la tête n'étaient pas exactement rhythmiques, c'était plutôt une agitation rotatoire qu'une vibration régulière ; l'angle de cette rotation variait beaucoup (dans un intervalle de 10 à 60°) ; il en était de même de son intensité relative. La malade pouvait arrêter ces mouvements pendant quelques minutes, en appuyant sa tête contre un mur ou contre le dossier d'une chaise, ou bien en la plaçant dans ses mains. Ces mouvements se suspendaient également pour quelques

instants, lorsque cette femme se trouvait en proie à quelque émotion, ou lorsque son attention était fortement fixée sur quelque sujet; elle avait en outre de la dureté d'oreille du côté gauche, des douleurs dans la nuque, mais pas de céphalalgie. Le séjour à la campagne et les préparations ferrugineuses eurent seuls quelque influence sur ces mouvements convulsifs : ils devinrent moins étendus et moins répétés, mais ils revenaient constamment toutes les fois que la malade voulait s'occuper, ou qu'elle était soumise à quelque forte émotion.

Parmi ces mouvements rhythmiques, les plus simples sont ceux qui consistent dans les mouvements vibratoires d'un seul membre. En voici des exemples :

Obs. IX. — Un laboureur âgé de 58 huit ans, robuste et d'une bonne conduite, avait été pris, onze semaines auparavant, d'une douleur vive dans le genou gauche, au moment où il était occupé à battre le blé. Cette douleur, qui avait été précédée pendant trois jours de quelques élancements dans la tête, fut assez vive pour l'obliger de quitter son travail et pour le forcer de demander un aide pour regagner sa maison, située à moins de 100 toises de distance; le genou était un peu gonflé. Un vésicatoire y fut immédiatement appliqué; trois jours après, le genou était parfaitement libre, et la douleur s'était portée vers les lombes, de sorte que le malade ne pouvait s'asseoir ni se retourner dans son lit sans éprouver d'horribles souffrances. Peu de jours après, il survint de la céphalalgie, puis de la douleur dans les lombes; pendant cinq semaines, il demeura en proie à ces divers accidents, qui alternaient les uns avec les autres, lorsqu'il survint un nouveau symptôme, c'était une convulsion vibratoire du bras gauche. La première attaque dura quarante-huit heures; le seconde, qui survint six jours plus tard, vingt-quatre heures; et la troisième, qui durait depuis quatre jours au moment où j'ai vu ce malade pour la première fois, ne présentait d'autre intermittence que les quelques heures pendant lesquelles le malade se livrait au sommeil. Les mouvements du bras consistaient dans une vibration régulière, suivant un angle de 15 ou 20°. Ces mouvements étaient moins étendus et moins irrésistibles quand le malade était en repos; ils augmentaient notablement quand il commençait à se mouvoir; tous les efforts qu'il faisait pour les réprimer étaient marqués par une exagération des vibrations. J'essayai de les arrêter, mais

aussitôt que je saisis l'avant-bras, le bras commença à être agité des mêmes mouvements ; et quand je comprimai le bras, les convulsions se répétèrent vers le tronc ; ces mouvements cessaient pendant le sommeil, et duraient toute la journée, à partir d'une demi-heure environ après que le malade était levé. Lorsqu'on le faisait coucher sur le ventre, il y avait une cessation momentanée des accidents. La main et le bras du côté affecté étaient plus faibles et plus froids que ceux du côté opposé ; et le malade ressentait dans ce membre une sensation indéfinissable et douloureuse qui remontait le long du bras à partir du poignet. Céphalalgie fréquente, constipation, langue blanchâtre, pas de fièvre, pas de sensibilité anormale sur le trajet de la colonne vertébrale. Des ventouses appliquées sur la nuque et sur les tempes firent cesser ces mouvements vibratoires, mais seulement pour quelques heures ; quelques jours après, je fis mettre le malade dans un bain à 30° de Réaumur ; les mouvements cessèrent immédiatement et ne reparurent plus. Il quitta l'hôpital quelques jours après et en assez bon état, mais il ne tarda pas à y rentrer dans le même état qu'il en était sorti. Cette fois il existait de la sensibilité à la pression ou à la percussion, au niveau de la septième vertèbre cervicale, et le malade avait saigné du nez pendant plusieurs jours. Les ventouses et les sangsues le rétablirent de nouveau. Il est rentré depuis et à trois reprises différentes : presque toujours les accidents ont reparu dix ou quinze jours après sa sortie ; la jambe droite a même été affectée de quelques mouvements, mais non d'une manière persistante.

Obs. X. — Ollivier a rapporté l'observation d'un homme qui, après s'être exposé au froid pendant une nuit froide et humide, fut pris d'une convulsion du bras droit, consistant dans des mouvements vibratoires, continuels la nuit comme le jour. On essaya, sans succès, pendant plusieurs mois, un grand nombre de traitements ; jamais on ne put arrêter les vibrations, même pendant une heure. (*Traité de la moelle épinière*, t. II, p. 814.)

Obs. XI. — Un de mes malades m'a offert, l'hiver dernier, un exemple de convulsions vibratoires de la jambe. Il était affecté depuis six mois d'une maladie de l'articulation tibio-tarsienne ; depuis cette époque, il y avait des mouvements convulsifs ; toutes les fois que la jambe était abandonnée à elle-même, elle exécutait des mouvements constants et réguliers sur lesquels la volonté du malade n'avait aucune prise. Toute force extérieure, la simple résistance même des objets sur lesquels reposait le membre, suffisait

pour les arrêter immédiatement ; il n'y avait pas de douleur sur le trajet de la colonne vertébrale ou des nerfs des extrémités inférieures. C'était un homme de 60 ans, laboureur, encore très-vert et très-fort. Il quitta brusquement l'hôpital avant que je pusse prendre des notes détaillées sur son état.

L'observation suivante offre un exemple de mouvements rhythmiques les plus variés, et que dans toute autre circonstance on eût pu considérer comme les mouvements *volontaires* d'une femme hystérique, si l'on n'eût eu la certitude que le sujet n'avait aucun intérêt à tromper le médecin.

Obs. XII. — Une jeune fille de 17 ans, réglée d'une manière irrégulière, était affectée, depuis près de quatre mois, de convulsions et de douleurs dans la tête et dans la région sacrée; ces douleurs étaient presque continuelles, celles de la région sacrée s'exaspéraient au moment des époques menstruelles ; quant aux convulsions, elles étaient de diverses espèces. Un accès dont je fus témoin pendant qu'elle était assise dans la salle d'admission des malades, et qui ne dura pas moins de dix minutes, commença par un mouvement de rotation de la tête d'un côté à l'autre, suivi d'un mouvement d'oscillation des extrémités inférieures et du tronc. Chacun de ces mouvements durait une couple de minutes, et ils étaient suivis alternativement de mouvements d'extension du bras droit, de mouvements de rotation du même bras, et de mouvements d'extension des deux membres supérieurs. Aucun de ces mouvements n'était ni brusque, ni rapide, excepté les derniers; les paupières étaient fermées et les pupilles considérablement dilatées pendant l'accès. Enfin, elle ouvrit les yeux et répondit assez facilement à mes questions. J'appris de sa mère que ces mouvements continuaient quelquefois, sans intervalles, pendant deux ou trois heures, rarement davantage ; que la bouche était quelquefois entraînée convulsivement d'un côté à l'autre ; qu'elle avait aussi, de temps en temps, de la difficulté à mâcher ou à avaler ; que les nuits étaient généralement mauvaises. Du reste cette jeune malade était sans fièvre ; le ventre libre ; l'appétit conservé. Le lendemain de son entrée à l'hôpital, j'appris que les mouvements avaient été incessants, et qu'ils avaient continuellement varié. La seule chose nouvelle était un mouvement vertical du tronc, de côté et d'autre, aussitôt qu'elle était couchée sur le dos. Lorsqu'on suspen-

dait forcément quelques-uns des mouvements, d'autres se reproduisaient immédiatement. Tenait-on les mains, les genoux commençaient à se porter de côté et d'autre. Fixait-on ces derniers, la tête était prise d'oscillation. Lorsqu'on détournait l'attention de la malade par l'examen de la colonne vertébrale ou des extrémités inférieures, les mouvements cessaient complétement pendant quelques secondes; d'autres fois ils étaient momentanément remplacés par de l'extension et de la roideur de la main gauche. Les paupières étaient spasmodiquement fermées, et elle paraissait avoir beaucoup de difficulté à montrer sa langue (station debout, alimentation nourrissante, ventouses à la partie postérieure du cou, 1 once et demie de décoction composée d'aloès trois fois par jour, et un bain de siége sinapisé à 29° de Réaumur). Immédiatement après l'application de ventouses, les mouvements se suspendirent, et, jusqu'au lendemain matin, il y en eut à peine des traces. Au moment de ma visite, elle était assise sur son lit, et inclinait son corps lentement, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Elle marchait lentement, mais sans boiter. Je continuai les préparations d'aloès. Elles eurent pour résultat d'amener plusieurs garderobes abondantes. Les mouvements convulsifs ne reparurent plus; mais il restait des douleurs entre les deux yeux, et une occlusion spasmodique, avec tremblotement des paupières. Deux verres d'eau froide, que je lui jetai à la face, suspendirent immédiatement ces accidents spasmodiques. Ils reparurent encore une fois, et je les fis disparaître définitivement par des affusions froides. Pendant trois semaines que la malade continua de se plaindre de douleurs dans la tête, dans la nuque, dans les jambes ou à la région sacrée, je la traitai successivement par l'aloès, le sulfate de fer, les bains de siége et les affusions. Elle sortit de l'hôpital un mois après, dans un état satisfaisant. Cependant les règles n'avaient pas paru depuis trois mois.

Obs. XIII. — J'ai eu l'occasion d'observer ces mouvements du tronc d'un côté et d'autre, et de plus des mouvements de la mâchoire inférieure, ressemblant à ceux de la mastication, chez une jeune femme, faible et délicate, qui présentait les symptômes ordinaires d'une fièvre continue, et qui n'était pas hystérique. Au commencement de son affection, elle avait éprouvé des douleurs vives dans le côté gauche de la tête et du cou; douleurs qui revenaient par accès et qui s'accompagnaient de torticolis. La parole était parfois hésitante; le délire fréquent; la faiblesse de plus en plus prononcée.

Le treizième jour, elle fut prise des convulsions rhythmiques que j'ai signalées plus haut. Ces convulsions revenaient à plusieurs reprises, duraient plusieurs heures, alternaient avec la stupeur, et s'accompagnaient parfois de rire sardonique. Je fis raser la tête de la malade, et la fis couvrir de réfrigérants ; je lui donnai un peu de nourriture, et lui administrai le sulfate de quinine à la dose d'un grain toutes les quatre heures. Les convulsions, qui d'abord avaient diminué de force et de fréquence, reparurent avec intensité au dix-huitième jour de la maladie, et de nouveau, mais à un moindre degré, au vingtième. Le délire se reproduisit encore à des intervalles, et la malade finit par guérir.

J'ajouterai que M. Andral a rapporté, dans sa *Clinique médicale*, des faits de mouvements alternatifs du tronc d'un côté à l'autre, qui duraient pendant des heures entières, de rotation de la tête sur son axe, continuant pendant plusieurs jours, et un cas d'abaissement et d'élévation alternatives de la mâchoire inférieure.

Parmi les mouvements convulsifs les plus extraordinaires, nous devons ranger la rotation de tout le corps autour de son axe, le malade debout ou couché. Dans le premier cas, il tourne sur lui-même comme une toupie, et dans le second cas comme un cylindre. Esquirol parle d'accès de cette espèce qui survenaient chez une épileptique à la Salpêtrière (*Maladies mentales*, t. I, p. 280), et le Dr Watt a observé un fait dans lequel ces deux espèces de convulsions étaient réunies.

Il me reste maintenant à parler de ces autres accidents convulsifs qui sont caractérisés par des mouvements involontaires de locomotion, consistant en sauts, danses, courses, etc. Ce qui prouve que l'état du système nerveux dans ce dernier cas est voisin de celui qui donne naissance aux convulsions vibratoires et rotatives, c'est que non-seulement ces symptômes offrent une ressemblance assez approchée, mais encore qu'on retrouve parfois ces deux ordres de phénomènes dans le cours d'une même affection. Néanmoins ces deux ordres de phénomènes diffèrent matériellement : tandis que l'un est caracté-

risé par des mouvements définis, toujours les mêmes, revenant suivant un rhythme particulier; dans l'autre, les mouvements sont de diverses espèces, et portent principalement sur le système locomoteur, tandis que les mouvements rhythmiques paraissent complétement indépendants de la volonté, d'un acte mental quelconque. Il n'en est pas de même des mouvements locomoteurs : ceux-ci sont la conséquence d'une impulsion irrésistible, et en ce sens ils sont involontaires; mais bien que la volonté ne puisse les suspendre entièrement, elle a, dans un grand nombre de cas, une puissance incontestable sur leur manifestation. Je n'insisterai pas sur les faits de cette espèce, n'ayant pas eu occasion d'en observer un nombre suffisant : je dirai seulement que ces faits sont beaucoup moins rares que ceux de convulsions vibratoires et rotatives.

Remarques. — Est-il bien nécessaire de signaler les différences qui existent entre ces mouvements convulsifs et la chorée ordinaire? les mouvements choréiques ne sont-ils pas mal définis et irréguliers, tandis que ceux dont j'ai parlé sont aussi définis et aussi réguliers que s'ils étaient le produit de la volonté? Ce n'est pas tout : les choréiques peuvent suspendre leurs convulsions pendant quelques instants, par une action énergique de leur volonté ; tandis que les malades dont nous venons de rapporter les observations ne peuvent rien de pareil. Bien plus, comme on l'a vu dans un cas, ces mouvements pathologiques s'aggravent de tous les efforts que le malade oppose pour leur résister. Quant à leur rhythme et à leur retour, nous ferons observer que ces mouvements offrent tantôt le même caractère, tantôt des caractères variables : dans le premier cas seulement ils sont presque toujours continuels; dans le second ils reviennent par accès. Lorsque ces mouvements sont de plusieurs espèces, il y a des cas dans lesquels un mouvement prédomine, et est remplacé, à certains intervalles, par de courts paroxysmes d'une espèce différente :

c'est ainsi que ces mouvements, d'après la manière dont ils se succèdent, ressemblent à la chorée dans quelques cas, et à l'épilepsie dans d'autres; tandis que, dans une troisième classe, ces deux espèces dissemblables d'accidents se réunissent et constituent un seul et même désordre.

J'ai donné à ces mouvements le nom de *rhythmiques*. En effet, en décrivant la rotation de la tête, la plupart des observateurs comparent la régularité de cette rotation aux vibrations d'un pendule, et j'ai pu me convaincre qu'un grand nombre de ces mouvements s'accomplissent suivant un rhythme parfaitement régulier. Ce n'est pas là une chose peu intéressante quand on songe que sur les fonctions les plus essentielles à la vie, deux au moins sont liées à l'accomplissement d'actions musculaires véritablement rhythmiques, et que dans une de ces fonctions, en particulier, la circulation, la cause de ce rhythme, est encore enveloppée d'une profonde obscurité. Dans l'observation 8, le rhythme n'était pas parfait, et dans l'observation 2, à peine si l'on pouvait regarder les mouvements paroxystiques comme soumis à un rhythme véritable. Il semble donc que ces mouvements spasmodiques soient caractérisés plus essentiellement par leur répétition constante que par leur précision rhythmique.

Dans les faits du Dr Conolly et du Dr C. Holland, la rotation de la tête était précédée d'un besoin irrésistible de parler. Ce dernier et curieux phénomène a été noté sous une forme encore plus extraordinaire, c'est-à-dire qu'on a vu le même mot répété constamment, à des intervalles parfaitement réguliers. Ainsi le Dr Bright a vu une jeune femme de 18 ans qui répétait incessamment le mot *hélas! hélas!* à des intervalles réguliers de trois secondes. L'affection avait commencé à la suite d'une émotion morale et durait depuis dix mois. (*Medical reports*, obs. 212.) Le Dr Abercrombie a rapporté l'observation d'une jeune dame qui, en outre des symptômes ressemblant à ceux de la chorée, avait des paroxysmes pendant les-

quels elle prononçait le mot *echum ! echum !* avec une grande rapidité. L'intelligence était intacte, et la malade n'avait sur cette affection d'autre contrôle que de pouvoir changer le mot, lorsqu'on le lui demandait, et d'y substituer tel mot que l'on voulait. (*On diseases of brain.*) Enfin, M. Magendie, dans ses *Leçons sur le système nerveux*, cite le cas d'une femme qui criait incessamment *non ! non ! non !* et qui accompagnait ses exclamations d'un mouvement de tête indiquant la négation ; aucun effort ne pouvait arrêter les cris et les mouvements. Comme on le voit, dans ces trois cas, les exclamations étaient parfaitement rhythmiques.

Les mouvements rotatoires de la tête étaient accompagnés de dureté d'oreille et même de surdité, dans trois de ces observations. C'est là une coïncidence trop fréquente pour être accidentelle ; et ce qui lui donne un véritable intérêt, c'est que M. Flourens a déterminé, chez les lapins et chez les oiseaux, une rotation semblable de la tête, en divisant les canaux demi-circulaires horizontaux de l'oreille interne.

En général, l'intelligence était conservée, et tout fait croire que la plupart des observateurs ne se sont pas laissé tromper par les malades ; j'avoue, pour ma part, que j'ai été pendant longtemps avant de me convaincre que je n'avais pas été victime d'une fraude ou d'une illusion.

Sous le rapport pathologique, ces observations offrent de grandes obscurités : sans doute il est impossible d'exécuter des mouvements complexes et bien coordonnés, sans l'intermédiaire du système nerveux central. Il est donc très-probable, *a priori*, que dans ces cas l'encéphale est la partie principalement affectée. En outre, dans plusieurs de ces observations, on a noté que les mouvements étaient accompagnés de fatigue, circonstance qui n'existerait certainement pas si l'action spinale avait été seule en cause dans la production de ces mouvements.

Il nous semble que, relativement aux mouvements rota-

toires, l'anatomie pathologique et les expériences peuvent jeter quelque lumière sur leur mode de production : dans un fait cité par M. Andral, une petite fille de vingt mois, qui ne présentait d'autre symptôme qu'une rotation de la tête de droite à gauche et de gauche à droite, succomba à la diarrhée. En examinant le cerveau, on trouva au centre du lobe droit du cervelet un kyste du volume d'une aveline, rempli de concrétions ossiformes et d'un liquide gélatineux ; la substance environnante était ramollie, et plusieurs circonvolutions cérébrales indurées. Dans un cas publié par les *Archives générales de médecine*, en 1834, il est parlé d'un homme de moyen âge, affecté de mouvements continuels de la tête d'un côté à l'autre, chez lequel on trouva une tumeur de la grosseur d'une noix, au niveau de la protubérance, et qui adhérait à la surface externe du cervelet. Enfin, Parent du Châtelet et Martinet ont publié, dans leurs *Recherches sur l'inflammation de l'arachnoïde*, le fait d'un homme de 24 ans, chez lequel une arachnitis se développa à la suite de la disparition de la rougeole. Le huitième jour on vit paraître un mouvement de rotation de la tête à gauche et à droite. Il mourut le lendemain, et on retrouva une vive rougeur et de l'épaississement de l'arachnoïde qui tapisse la surface supérieure du cerveau et du cervelet. J'ai rapporté ce dernier fait, bien que les mouvements rotatoires de la tête n'y soient mentionnés qu'incidemment, et qu'il ne présentassent pas cette forme rhythmique et incessante dont nous avons parlé plus haut. Dans deux autres cas, on voit que la maladie occupait le cervelet et les fibres des commissures du pont de Varole. On trouve également dans le *Journal de physiologie* de 1823 une observation, rapportée par M. Serres, de mouvements involontaires rotatoires de tout le corps. Après la mort on découvrit dans le pédoncule droit du cervelet un épanchement apoplectique. Mais le plus intéressant de tous ces faits est, sans aucun doute, celui qui a été rapporté par le Dr Belhomme.

Obs. XIV. — Une femme de 47 ans, qui avait éprouvé de violentes émotions morales, à la suite desquelles son intelligence commença à s'altérer, était sujette à des attaques, pendant lesquelles elle tournait sur elle-même, avec une rapidité extrême; les mouvements continuaient très-longtemps si l'on n'y mettait obstacle. Pendant les attaques, elle était complétement insensible; les yeux ouverts et dans le strabisme divergent; les pupilles dilatées et immobiles. Cette maladie dura pendant huit ans. Lorsqu'elle fut parvenue à son *summum* d'intensité, les attaques revenaient vingt fois par jour. La base du crâne était le siége de deux exostoses, du volume d'une aveline, qui comprimaient les pédoncules du cervelet. L'exostose du côté gauche était plus volumineuse; aussi le pédoncule de ce côté était-il plus affecté que l'autre. (Magendie, *Leçons sur le système nerveux*, t. I, p. 272.)

On voit, par les faits précédents, que la rotation de tout le corps se lie à peu près exclusivement à des lésions du cervelet ou de ses commissures; et ces présomptions relatives à la cause de ces mouvements acquièrent un degré de probabilité plus considérable, si l'on veut bien se rappeler qu'elles sont en rapport avec les expériences qui ont été faites sur le cervelet et sur sa commissure transversale. Les mouvements de rotation qu'a observés M. Magendie, dans les cas où il a divisé les fibres transverses de la protubérance, sont exactement identiques à quelques-uns de ces phénomènes que j'ai décrits plus haut; et l'expérience faite par M. Flourens, sur la section des canaux demi-circulaires, viendrait encore à l'appui de ce qui précède, s'il était prouvé, ainsi que cet observateur l'a affirmé, que ces canaux contiennent les filaments d'un nerf qui naît, par trois racines, de ces portions du cerveau, dont la section détermine, d'après les expériences de M. Magendie, les mouvements en avant, en arrière et sur les côtés. D'autre part, on est d'autant mieux conduit à rapporter ces mouvements à des lésions organiques ou fonctionnelles du cervelet ou de ses commissures, que les expériences de M. Flourens ont démontré la possibilité du mouvement de rotation de la tête, et du mouvement de rotation du tronc, sous l'influence d'une seule et

même cause, agissant seulement à des degrés différents.

La théorie, en apparence bien fondée, qui fait du cervelet le coordonnateur des mouvements musculaires, conduirait à admettre que l'excitation de cette partie de l'encéphale devrait être suivie non pas de mouvements irréguliers, tels que ceux que détermine la moelle épinière, mais de mouvements bien définis et bien coordonnés. Cette théorie s'accorderait donc avec les opinions qui ont été émises relativement à la cause des mouvements oscillatoires et rotateurs. Il s'ensuivrait également que tous les autres mouvements bien définis, et qui ne sont provoqués par aucun excitant, dépendraient aussi d'une lésion du cervelet ou de ses connexions immédiates. Cette opinion est loin d'être confirmée par le seul fait que j'ai pu découvrir dans la science, et qui a été rapporté par Parent du Châtelet et Martinet : il s'agit d'un jeune conscrit qui fut pris d'arachnitis après une marche forcée. Au cinquième jour, il eut des mouvements de la mâchoire inférieure ressemblant à ceux de la mastication. Après la mort, qui eut lieu le sixième jour, on ne trouva de signe bien marqué d'arachnitis que sur la partie antérieure et latérale de l'hémisphère cérébral du côté droit, et en outre un épanchement de sérosité entre les circonvolutions.

En ce qui touche les mouvements de locomotion que nous avons décrits comme involontaires dans leur origine, bien que soumis jusqu'à un certain point à la volonté, l'anatomie pathologique semble en fixer le siége dans les hémisphères cérébraux.

Obs. XV. — Un doreur sur bois, âgé de 40 ans, d'un tempérament sanguin, était depuis trois ans à Paris, et avait beaucoup souffert, pendant cet intervalle, par suite de manque de travail. Il était sujet à des hémorrhoïdes, et avait eu récemment une hématurie et de violents maux de tête. Après quelques jours, il devint incapable de travailler, et tomba dans un état de stupeur, d'où l'on ne pouvait le tirer que difficilement, et, quand il en sortait, il répandait des torrents de larmes. Trois semaines après, on

vit paraître un nouveau symptôme: dans sa stupeur, il se levait subitement et marchait avec agitation autour de sa chambre jusqu'à ce qu'il fût fatigué. Un jour, ne trouvant pas sa chambre assez grande, il descendit dans la rue, et marcha pendant plus de deux heures, jusqu'à ce qu'il tombât épuisé. Ces accidents se reproduisirent plusieurs jours de suite. Enfin on le transporta à l'hôpital. Tout annonçait une maladie du cerveau. Il mourut deux mois après, et l'on trouva des granulations à la surface supérieure de l'arachnoïde, des adhérences anormales de la dure-mère aux os du crâne, et six gros tubercules enkystés dans l'hémisphère droit du cerveau (deux dans chacun des trois lobes). (Piedagnel, *Journal de physiologie ;* 1823.)

Tous ceux qui sont familiers avec la pathologie du cerveau comprendront facilement qu'il est impossible de rien conclure de précis, en se fondant sur les deux dernières observations. Nous ajouterons que les vivisections n'ont encore rien appris sur ces troubles de l'appareil locomoteur, dans leur état de simplicité ; ils paraissent avoir quelque analogie avec ce besoin d'agitation qu'éprouvent quelques personnes nerveuses, lorsqu'elles sont privées d'un exercice habituel. Ces deux états diffèrent-ils l'un de l'autre par la nature ou par le degré...? D'autres faits, par exemple celui qui a été rapporté par M. Kinder Wood, et dans lesquels les mouvements sont évidemment gouvernés par quelque idée prédominante, se rapprochent de cette forme de la folie, caractérisée par une tendance irrésistible à l'accomplissement de certains actes.

En résumé, nous regardons comme très-probable que la rotation de la tête et les mouvements rotatoires du tronc tiennent à une altération du cervelet ou de ses annexes. Quant aux mouvements d'une autre nature, nous n'avons que peu ou point de renseignement sur leurs causes prochaines : tout ce que nous savons, c'est qu'il ne peut y avoir de mouvements réguliers coordonnés, et surtout de mouvements complexes, sans une action de l'encéphale ou de quelqu'une de ses parties. Relativement aux causes *éloignées,* nous possédons des renseignements plus complets. Ainsi, dans tous les cas où l'on ne pou-

vait soupçonner de maladie cérébrale, il y avait des complications d'une autre nature: des vers dans l'intestin, de la constipation, de l'irritation utérine, etc.; toutes complications susceptibles de déterminer d'autres maladies convulsives, telles que l'épilepsie ou la chorée. Nous n'hésitons pas à rapporter à ces complications le développement de ces désordres nerveux; la preuve, c'est que le traitement a été d'autant plus efficace, que l'on a plus tôt découvert la cause éloignée. Ces dernières causes paraissent agir d'une manière graduelle et croissante, par l'intermédiaire du système nerveux des parties, dans lesquelles s'est développée la maladie primitive; et leur action prolongée a pour résultat de mettre le système nerveux ou quelques-unes de ses parties dans un tel état d'excitation, qu'on voit ce dernier entrer en mouvement, tantôt spontanément, tantôt sous l'influence de stimulus d'une très-faible intensité. Ainsi, dans les faits rapportés par le Dr Abercrombie et par M. Hunter, il suffisait de toucher légèrement les malades ou leurs vêtements pour aggraver instantanément les convulsions et leur donner le caractère tétanique. Les faits que j'ai séparés en deux classes distinctes se rapprochent les uns des autres par la nature de leurs causes éloignées; peut-être même ne diffèrent-ils que par l'étendue ou par le siége de l'irritation du système nerveux. Toujours est-il que les mêmes causes extérieures, agissant en apparence de la même manière, sont susceptibles de déterminer des maladies aussi dissemblables que le tétanos, l'épilepsie, la chorée et les mouvements rhythmiques spasmodiques qui font le sujet de ce mémoire.

MÉMOIRE SUR LES MOUVEMENTS INVOLONTAIRES QUI SONT EXÉCUTÉS PAR DES MUSCLES DE LA VIE ANIMALE;

Par T. DEBROU, *professeur à l'École préparatoire de médecine, et chirurgien à l'hôtel-Dieu d'Orléans.*

Mon intention, en composant ce mémoire, n'est pas de faire connaître qu'il y a des mouvements involontaires exécutés par des muscles de la vie animale : cette vérité est vulgaire et regardée par tous comme évidente ; mais je pense que la physiologie ne s'est pas suffisamment occupée de ce sujet, qu'elle a négligé de rechercher toutes les variétés de ces mouvements involontaires, et que surtout, soit par oubli, soit par insuffisance, elle n'a pas abordé franchement la question des causes anatomiques qui peuvent produire ces mouvements. Depuis que l'on a abandonné l'explication (complète, si elle avait été vraie) de l'influence des ganglions et des anastomoses qui existent entre les deux systèmes de nerfs, on invoque, à peu près exclusivement aujourd'hui, celle de l'action réflexe de la moelle ; mais, par une étude attentive de tous les mouvements involontaires qui sont exécutés par des muscles de la vie animale, on arrive à démontrer évidemment qu'un grand nombre de ces mouvements ne trouvent point leur cause dans la nouvelle propriété de l'action réflexe, et *que celle-ci est loin d'être suffisante pour rendre compte de ceux-là mêmes que presque tout le monde regarde, aujourd'hui, comme expliqués par elle.* C'est donc principalement pour indiquer les difficultés de la question que j'ai composé ce mémoire, et si je ne parviens pas à la traiter d'une manière complète et satisfaisante, au moins aurai-je attiré l'attention sur un point obscur et difficile de la physiologie.

Je diviserai ce travail en deux parties : dans la première,

j'examinerai, en eux-mêmes, les mouvements involontaires qui sont exécutés par des muscles de la vie animale ; dans la seconde, je rechercherai si l'anatomie et les propriétés, jusqu'ici connus, du système nerveux sont capables d'expliquer comment les mêmes muscles agissent tantôt sous l'empire de la volonté, et tantôt en dehors de son influence.

PREMIÈRE PARTIE.

Il est peut-être nécessaire, avant tout, de montrer jusqu'à quel point la question que j'examine est importante et naturelle. On est justement frappé de voir les mêmes muscles exécuter des mouvements qui tantôt sont volontaires, et tantôt ne le sont pas ; mais cependant le nombre des mouvements involontaires exécutés par les muscles du système de la vie animale est si considérable, qu'on a pu se demander s'il y avait lieu à les étudier d'une manière particulière, et par opposition aux mouvements qui reconnaissent l'influence de la volonté. Müller s'est placé à ce point de vue, et après avoir établi d'une part que la soumission ou la non-soumission aux ordres de la volonté ne dépend point de la composition des muscles qui se trouvent dans l'un ou l'autre cas ; après avoir établi, d'une autre part, que ce double caractère doit dépendre plutôt des propriétés du système nerveux, il admet que la division des mouvements, considérés d'une manière générale, en ceux qui sont volontaires et ceux qui sont involontaires, n'est pas aussi naturelle qu'elle paraît l'être au premier aperçu (*Physiologie du système nerveux*, t. I, p. 526, trad. par Jourdan). Il ajoute que cette distinction a beaucoup perdu de son importance depuis que l'on sait que les centres nerveux encéphalique et rachidien ne sont point étrangers à la production du mouvement de la vie organique.

A la division ancienne, Müller en substitue donc une autre qu'il croit mieux fondée, en ce qu'elle ressort, suivant lui,

des causes diverses des mouvements musculaires. Il admet une première classe de mouvements qui sont involontaires et déterminés par des irritations hétérogènes externes ou internes. On peut ne point tenir compte de cette classe, parce qu'elle ne comprend que des mouvements produits par des causes accidentelles et étrangères à l'économie. Il admet ensuite des mouvements *automatiques*, les uns dépendant du grand sympathique (ceux du cœur, des intestins, de la matrice, de la vessie), d'autres dépendant du cerveau ou de la moelle, et, parmi ceux-ci, il y en a de rhythmiques, à type intermittent (mouvements respiratoires, quelques mouvements de l'œil), il y en a d'autres dont le rhythme est continu (ceux des sphincters de l'anus et de la vessie). Il admet une troisième classe de mouvements, *par antagonisme*, et signale la contraction permanente où se trouvent beaucoup de muscles pour contrebalancer l'action d'autres muscles. En France, nous regardons la plupart de ces mouvements comme un effet naturel de la tonicité musculaire. Dans une quatrième classe, il place les mouvements *réflectifs* qui se manifestent, dit-il, soit dans les muscles de la vie animale, soit dans ceux de la vie organique. Dans une cinquième, se trouvent des mouvements associés qui dépendent des états de l'âme (mouvements expressifs), puis des mouvements qui succèdent à des idées, des mouvements qui succèdent à des passions; après quoi, il considère les mouvements *volontaires*, parmi lesquels on en trouve de complexes, comme des *séries* de mouvements, des mouvements associés à d'autres mouvements, des mouvements associés à des idées, des mouvements instinctifs, des mouvements coordonnés. (*Phys. du syst. nerv.*, t. I.)

Telle est la classification que Müller propose pour tous les mouvements musculaires du corps. On voit facilement combien cette division est peu systématique, indécise et même désordonnée.

Est-il donc si peu naturel de conserver l'ancienne distinc-

tion des mouvements en volontaires et involontaires? N'est-il pas vrai que tous ceux de la vie organique ont lieu à notre insu et sans la participation de notre volonté? Il reste sans doute à savoir pourquoi ils ont ce caractère; mais comme les muscles qui les accomplissent sont animés par des nerfs particuliers en rapport avec des ganglions, il est permis d'admettre que ces ganglions ne sont pas étrangers à cette circonstance, et Müller l'admet lui-même en maint endroit. Ce qui est surprenant, c'est que des muscles animés par un seul ordre de nerfs, ceux de la moelle et du cerveau soient, en certains cas, dociles aux ordres du cerveau, et, en d'autres cas, rebelles à ces ordres. Cela est surprenant comme il le serait que les muscles de la vie organique fussent à la fois involontaires et volontaires. Rien donc ne peut empêcher de trouver la question que j'examine naturelle, et elle est intéressante à un haut degré, au point de vue de l'anatomie et de la physiologie.

Il y aurait cependant une raison qui pourrait contribuer à faire adopter l'opinion de Müller; cette raison s'appuierait sur le nombre, la variété des mouvements involontaires exécutés par les muscles de la vie animale, et sur la difficulté, par conséquent, de les distribuer en une classification méthodique. J'avoue que j'ai longtemps reculé devant cette difficulté, et que si je ne croyais pas pouvoir présenter aujourd'hui une division de ces mouvements à peu près satisfaisante, je laisserais mûrir davantage mes réflexions sur ce point oublié, quoique important, de la physiologie. Comment, en effet, rechercher une explication commune pour tant de mouvements divers qu'aucune analogie ne paraît lier entre eux; pour le vomissement, par exemple, et pour le mouvement par lequel notre corps se dérobe instinctivement à un danger qui le menace? Ce sont là deux mouvements involontaires, mais si différents, qu'il faut désespérer de trouver une explication

anatomique qui leur soit commune, et on pourrait facilement multiplier les exemples du même genre.

Mais avant d'indiquer quelle classification l'on peut adopter en la basant sur des caractères naturels, il est peut-être avantageux, pour l'objet de ce mémoire, de s'entendre sur ce que l'on doit appeler un *mouvement involontaire*; car cette question incidente peut donner lieu à des interprétations diverses, et si je ne prenais soin de la déterminer, je m'exposerais à n'être pas compris dans les développements qui vont suivre.

En général, on s'est borné à dire que les mouvements sont volontaires lorsqu'ils dépendent de nous en quelque chose; mais on n'a pas suffisamment analysé le nombre et la diversité des influences par lesquelles la volonté agit sur le mouvement. En opérant cette analyse, on voit que la volonté exerce son action tantôt d'une manière complète, et tantôt d'une manière incomplète; que, par conséquent, il y a des mouvements volontaires à divers degrés. Dans les uns, la volonté détermine et choisit l'action musculaire, en règle la durée, l'intensité; elle peut suspendre l'action ou la continuer à sa guise; elle l'accélère et la modifie de mille façons: c'est là ce que l'on peut appeler le degré *volontaire absolu*. Nous avons des exemples de ce pouvoir absolu dans l'action de marcher, de saisir un corps avec la main ou quelques doigts, de toucher du piano, etc. La volonté est toute-puissante alors, et n'a de limites que dans la participation plus ou moins heureuse que lui prêtent les propriétés des systèmes nerveux et musculaire.

Mais il est facile de voir qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que, bien souvent, la volonté est faible par quelque endroit pour commander aux actions musculaires. Je ne veux point désigner ici les cas où, sous l'influence d'une maladie, les muscles cessent d'obéir aux ordres envoyés par le cerveau; je n'entends parler qu'eu égard aux conditions physiologiques, et je répète que, même dans ces conditions, la volonté

est loin d'exercer un plein pouvoir sur tous les mouvements exécutés par les muscles de la vie animale. Or, toutes les fois que ce pouvoir est limité en quelque point dans son exercice, il y a un mouvement volontaire encore, si on le compare à ceux des intestins et du cœur, mais involontaire si on le rapproche du degré volontaire absolu que j'ai indiqué plus haut.

Si, cela étant admis, on considère ensemble tous les mouvements involontaires que peuvent exécuter les muscles de la vie animale, on aperçoit qu'ils se divisent en deux grandes classes ou catégories. Dans l'une, se trouvent des mouvements dont l'exécution involontaire est invariable, identique, et indépendante des circonstances de l'éducation, de l'habitude et de l'exercice : ils dépendent évidemment d'une disposition organique et congénitale. Parmi ces mouvements, on peut citer le bâillement, l'éternument, le vomissement, l'expectoration, etc., qui s'accomplissent toujours de la même manière chez le même individu et chez tous les individus. Ces mouvements ne sont point enseignés par l'expérience; il est dans notre nature de les exécuter régulièrement, et la répétition ou l'exercice ne sauraient ajouter à leur perfection qui est, naturellement, la même chez tous.

L'autre classe renferme des mouvements involontaires encore, mais qui le sont d'une manière moins invariable. On doit admettre qu'ils résultent plutôt d'une pratique lente et continue de la volonté que d'une disposition organique comme les précédents. Aussi est-il possible que certains d'entre eux ne se rencontrent pas chez tous les individus, et s'exécutent avec des degrés un peu différents de perfection. Pour en faire connaître des exemples, je citerai les mouvements par lesquels, d'une manière spontanée et instinctive, nous protégeons notre corps ou ses diverses parties, contre des dangers qui nous menacent tout à coup; ceux par lesquels, d'une manière instinctive encore, nous produisons des gestes et des mouvements d'imitation.

Je n'entrerai pas actuellement dans de plus grands détails sur les caractères différentiels de ces deux classes, parce que je pense que le meilleur moyen de rendre ces caractères sensibles est d'indiquer les variétés nombreuses qui appartiennent à chacune des classes ou catégories. Je citerai seulement deux exemples dont le rapprochement fera apprécier ce qu'il y a d'essentiel dans la distinction que je propose. On admet généralement que le mouvement du second temps de la déglutition est involontaire, en ce que nous ne pouvons point l'empêcher de s'accomplir une fois que le bol alimentaire a franchi l'isthme du gosier; c'est là, en effet, une variété des mouvements involontaires de la première classe. Qu'à côté de ce mouvement complexe, ou de celui de la succion, qui lui ressemble, on place celui par lequel nous produisons le langage articulé; assurément, celui-ci n'exige pas un moins grand nombre de muscles, et ce sont à peu près les mêmes dont la coordination est si rapide qu'elle paraît échapper à notre volonté. Cette facilité, cette spontanéité et cette association merveilleuse de tous les muscles qui concourent à l'articulation de la parole, par la simple apparition d'une pensée dans l'esprit, ne sont-elles pas des choses involontaires? Or, le premier mouvement dépend de conditions organiques et congénitales; il n'est ni appris, ni perfectionné par l'usage, et il s'exécute toujours de la même manière chez tous les individus, chez le nouveau-né comme chez l'adulte: tandis que le second, qui n'est devenu involontaire que par un effet de l'exercice et de l'habitude, a été appris à grand'peine par l'enfant, et présente des irrégularités et des imperfections nombreuses chez les individus divers.

Est-il besoin d'ailleurs de faire remarquer l'importance de la division que je viens d'établir? On peut avoir des avis différents sur le nombre des variétés et le rang qui convient à chacune; mais la séparation en deux classes est fondamentale, car sans cette distinction, on ne saurait comprendre

les différences profondes qui existent entre plusieurs variétés de ces mouvements, et on serait encore plus dans l'impossibilité d'en donner une théorie complète.

Ire Classe. — 1re Variété. *Mouvements associés de muscles congénères.* — Il y a des muscles congénères qui, à l'état ordinaire, et hors le cas d'hémiplégie, se contractent toujours ensemble. La plupart de ces muscles sont situés près de la ligne moyenne du corps, comme on le voit au *voile du palais*, au *pharynx*, au *larynx*, au *périnée*, et comme on le voit encore pour les muscles qui élèvent ou abaissent l'os hyoïde. Nous ne pouvons pas faire agir isolément, pour un seul côté du corps, les muscles de ces diverses régions, et les mouvements exécutés par eux sont par conséquent involontaires en ce point. En remarquant que ces muscles sont, pour la plupart, rapprochés presque jusqu'au contact, sur la ligne moyenne, on pourrait penser que la simultanéité constante de leur action tient à un entre-croisement des fibres musculaires qui les composent, ou au passage d'un côté à l'autre des filets nerveux qui les animent. La disposition des muscles constricteurs du pharynx serait favorable à cette opinion, puisqu'il est facile de voir que ces muscles entre-croisent leurs fibres sur la ligne moyenne. Mais cette disposition n'a point lieu pour tous les autres muscles qui agissent simultanément, et il en est dont les fibres et les nerfs sont évidemment séparés. Ceci nous conduit à citer d'autres muscles appartenant à la même variété, et qui sont loin d'être accolés sur la ligne moyenne : ce sont les muscles élévateurs et abaisseurs des deux yeux, les muscles intercostaux internes et externes des deux moitiés du thorax. Pour bien apprécier l'importance de la circonstance que j'indique, on peut comparer les muscles intercostaux avec les muscles sacro-lombaire et long dorsal, ou toute autre fraction des muscles de la poitrine. Sous le rapport de la disposition des fibres musculaires ou des filets nerveux, en quoi les premiers diffèrent-ils des

seconds? cependant les premiers sont invinciblement associés dans leur action, pour les deux moitiés du thorax, tandis que l'on peut faire agir les autres isolément.

2e Variété. *Mouvements associés de muscles antagonistes.* — On trouve un exemple frappant de cette variété dans le mouvement des yeux lorsque l'on regarde un objet situé de côté. Alors, les deux axes visuels se dirigent vers un même point par l'action simultanée des muscles droit externe d'un œil et droit interne de l'autre œil. Il y a même encore antagonisme dans le relâchement des muscles des deux yeux, de sorte que les muscles antagonistes, considérés pour les deux yeux, sont dans un même état de relâchement ou d'action, et les antagonistes, considérés dans un même œil, sont entre eux dans un état opposé. Le détail de ce mouvement compliqué, qu'il serait trop long de donner ici, est facile à vérifier.

Je n'ai pas cru nécessaire de prouver que l'association de mouvement dans les muscles congénères rangés dans la première variété était le résultat d'une disposition organique, car cela paraît évident. Mais on pourrait peut-être penser que l'association des mouvements oculaires est un effet de l'habitude, par nous acquise de bonne heure, de diriger les yeux simultanément vers un même objet. Müller, cependant, qui a examiné ce sujet avec attention, croit que cette tendance des mouvements à l'association existe dès la naissance et avant l'éducation du sens de la vue (t. I, p. 561), et je suis entièrement de son avis. Si l'on considère, en effet, avec soin ce qui a lieu chez le nouveau-né, on voit que chez lui les mouvements des yeux se passent comme chez nous. A la vérité les jeunes enfants louchent assez souvent, ce qui indique un désaccord entre les muscles dont je signale l'association. Mais ils ne commencent à loucher que lorsqu'ils commencent à apercevoir les objets, et le strabisme résulte alors d'un défaut d'égalité dans la vision des deux côtés. Mais à l'origine, et dès le premier moment où les enfants ouvrent les yeux et

les portent instinctivement vers la lumière, ils les dirigent toujours ensemble, comme on peut le constater en plaçant devant eux ou de côté une lumière brillante. Il est donc certain que ces mouvements sont naturellement associés, et notre volonté est incapable de détruire cette association.

3e Variété. *Mouvements pour la succion, la déglutition, pour l'action d'uriner, de vider l'intestin, etc.* — Je réunis ici des mouvements qui ont cela de commun, qu'une fois que nous avons résolu de les accomplir, ils s'exécutent par le concours d'une série de muscles sur la coordination desquels la volonté n'a aucune influence. J'avoue cependant que les exemples que j'assemble ici diffèrent entre eux sous plusieurs rapports : il en est parmi eux dont nous ne pouvons pas empêcher l'exécution, comme le mouvement par lequel se fait le second temps de la déglutition, une fois que le bol alimentaire a touché l'isthme du gosier ; d'autres que nous pouvons suspendre ou produire à notre guise, comme la succion ; d'autres qui ne s'accomplissent malgré nous que dans des cas particuliers où il y a une forte irritation qui nous y force, comme l'action d'uriner ou de vider l'intestin. Il en est plusieurs auxquels participent des muscles de la vie organique. Ce groupe ne comprend donc pas des mouvements aussi homogènes qu'on pourrait le désirer ; mais néanmoins ils ont tous cela de commun qu'ils s'exécutent par le moyen d'un nombre assez considérable de muscles, dont l'association coordonnée est indépendante de notre volonté. Ils se ressemblent encore en ce qu'ils s'accomplissent toujours d'une manière identique, qu'ils sont naturels, ne dépendent ni de l'exercice, ni de l'habitude, et doivent par conséquent reconnaître dans le mécanisme de leur production une disposition congéniale et non acquise.

4e Variété. *Mouvements respiratoires.* — Ils sont involontaires en plusieurs points ; toutefois on doit les diviser en deux séries, suivant qu'ils se rapportent à l'état de la res-

piration libre et ordinaire, ou bien à celui de la respiration gênée et difficile. Dans le premier cas, nous pouvons les accélérer, les ralentir ou les suspendre temporairement; mais nous ne pouvons cependant pas les suspendre d'une manière définitive. Notre volonté a sur eux assez d'empire pour que nous puissions les produire volontairement d'une façon à peu près identique à la manière dont ils ont lieu sans notre concours; mais ils nous échappent aussi quelquefois entièrement, comme pendant le sommeil, durant certains moments de la veille, et ils nous échappent surtout en ce qu'il nous est impossible de détruire l'association et la coordination des muscles divers et nombreux qui y concourent, même pendant la respiration ordinaire.

Quant aux mouvements qui ont lieu pour la respiration difficile, ils sont encore plus involontaires que les précédents: ce n'est qu'à grand'peine, en effet, que nous pouvons les modifier dans leur exécution, et leur fréquence, leur intensité, n'ont de régulateur que dans le besoin plus ou moins pressant de l'hématose et la difficulté variable de l'acte respiratoire. Comme précédemment, l'association coordonnée est ici involontaire, et la différence consiste seulement en ce qu'un plus grand nombre de muscles se coordonnent pour agir.

Enfin, dans les deux cas, se rencontre une circonstance qui est rare dans l'exercice des muscles de la vie animale, un rhythme particulier qui, quoique variant dans la forme suivant le besoin variable de l'hématose, est au fond toujours le même. Or, ce rhythme, caractérisé par une succession graduée et non interrompue des mêmes mouvements, est aussi une circonstance involontaire; il tient à des dispositions organiques que l'on n'a pas encore pu connaître, et je pense avec Muller qu'aucune des dispositions mécaniques proposées pour l'expliquer n'est capable de le produire.

5ᵉ Variété. *Mouvements sympathiques.* — On peut donner ce nom à des mouvements auxquels concourent un

grand nombre de muscles, à la suite, le plus souvent, d'une excitation ou d'une irritation portée sur un point spécial. Les exemples particuliers de cette variété sont les mouvements de vomir, d'éternuer, de tousser, d'expectorer, etc.; peut-être aussi faut-il y comprendre le rire convulsif, qui n'est pas alors un phénomène d'expression, et qui survient après la blessure du nerf phrénique ou du diaphragme, ou après le chatouillement de la plante des pieds.

Les mouvements qui appartiennent à ce groupe présentent un grand caractère d'association. L'association est même ici contrainte à un tel point, que la volonté est tout à fait incapable de la déranger, ce qu'elle parvient à faire encore un peu pour les mouvements respiratoires. Lorsqu'ils sont provoqués, une force commune pousse à agir ensemble un nombre considérable de muscles qui paraissent n'avoir entre eux aucune relation directe, et il se produit une convulsion brusque et violente qui est elle-même un des caractères du mouvement. En remarquant que nous pouvons faire contracter à volonté tous les muscles qui concourent au vomissement, l'estomac excepté, lequel, comme on sait, n'y prend pas une part grandement active, et que ce mouvement est cependant involontaire, on s'est demandé quelle était la cause qui nous empêchait de vomir à volonté. Des physiologistes ont dit que cette impossibilité doit tenir à ce qu'il faut pour vomir une dilatation de l'œsophage que nous ne pouvons point déterminer à notre guise; mais on voit des personnes qui peuvent dilater à volonté leur œsophage, en avalant de l'air qui pénètre jusque dans l'estomac, sans que cependant elles puissent produire le vomissement, et je crois aussi que le petit nombre de personnes qui ont pu vomir à volonté exécutaient plutôt une régurgitation qu'un véritable vomissement avec tous ses caractères. Il me semble que ce qui est surtout nécessaire pour produire ce mouvement, c'est la contraction brusque, violente, synergique et *convulsive* de tous les mus

cles qui doivent agir. Or, la convulsion manque dans l'effort volontaire que l'on fait pour vomir, comme elle manque dans l'expectoration artificielle et dans certains autres mouvements encore, qui, quoique n'appartenant pas au même groupe, pourraient être cités comme exemples. Pourquoi ne peut-on pas rire avec la seule intention de le faire ? Nous pouvons bien contracter à notre gré les muscles de l'abdomen, le diaphragme, les muscles expirateurs et ceux du visage; nous pouvons même exécuter des expirations saccadées, comme dans un vrai rire. Cependant, le rire volontaire est toujours un rire faux qu'il est facile de reconnaître : ce qui lui manque, c'est l'association harmonique et convulsive qui pousse à agir dans un effort commun les muscles du ventre, de la poitrine et du visage. On pourrait faire la même remarque pour plusieurs autres mouvements, tels que le sanglot, le soupir, qui, bien que placés dans la variété suivante, celle des phénomènes expressifs, ont ce caractère commun avec les mouvements sympathiques proprement dits.

Il n'est pas besoin de faire observer d'ailleurs que ces mouvements sont toujours identiques chez tous les individus, à part l'intensité, qui seule peut varier, en raison du degré de l'excitation ou de l'énergie musculaire dont on peut disposer. Il est évident aussi qu'ils ne sont point appris par expérience, mais qu'ils sont entièrement naturels et soumis à une disposition organique et congéniale.

6e Variété. *Mouvements expressifs.*— Ce groupe de mouvements est si bien involontaire, que, pour expliquer leur caractère particulier, Ch. Bell s'est cru obligé à chercher un système nerveux spécial qui lui serait destiné. Je n'ai pas besoin d'exposer ses idées sur ce point et les critiques qui en ont été faites ; je dirai seulement que les mouvements expressifs, bien que particulièrement liés aux mouvements respiratoires, ne sont cependant pas exécutés par les seuls muscles qui concourent à la respiration. Ce n'est qu'à l'aide d'un abus de

mots qu'on a pu dire que le nerf facial était le nerf respiratoire du visage : il en est, si l'on veut, le nerf expressif; mais on a eu tort de regarder comme équivalents, dans cette circonstance et en quelques autres, les mots respiratoire et expressif. Les mouvements expressifs, d'ailleurs, sont exécutés par un très-grand nombre de muscles répandus dans les différents points du corps, au visage, au tronc et aux membres. Le balancement de la tête, l'agitation brusque et spontanée des mains et des pieds, expriment aussi fidèlement, à leur manière, les sensations morales, que les contractions du visage ou le soulèvement de la poitrine. Chez les animaux, l'oreille, animée par un rameau du nerf facial, n'a pas beaucoup plus d'influence, sous ce rapport, que la queue, qui reçoit ses nerfs des dernières paires spinales.

Ainsi, pour le dire d'avance, les mouvements expressifs ne sont pas exécutés sous l'influence d'un système nerveux spécial; mais il n'en est pas moins vrai qu'ils offrent dans leur exécution un caractère particulier de coordination qui n'obéit point à la volonté. Ils naissent spontanément à la suite d'une impression morale, s'accomplissent sans le concours de notre volonté, et sont toujours identiques à eux-mêmes. Ces caractères suffisent donc pour en faire un ordre particulier, puisqu'ils n'ont pour agents de leur production que des nerfs et des muscles qui, en d'autres circonstances, sont dociles aux ordres de la volonté.

Les mouvements que nous avons rencontrés jusqu'ici servaient, à un très-petit nombre d'exceptions près, à assurer l'exécution des fonctions organiques. Ceux-ci sont étroitement liés aux fonctions du cerveau, et la production de mouvements involontaires, à la suite de simples modifications survenues dans l'esprit, aurait embarrassé Bichat dans les caractères qu'il a donnés pour séparer les actes de la vie animale de ceux de la vie organique, s'il n'avait admis l'hypothèse, combattue plus tard avec succès par Gall, que les

passions ont leur siége et leur point de départ dans les viscères du ventre et de la poitrine. Au reste, si les mouvements expressifs reconnaissent pour cause immédiate certains états dans lesquels se trouve l'esprit, il est remarquable de voir la différence qui existe, sous ce rapport, entre l'entendement proprement dit et le côté affectif de notre âme. La pensée, se repliant sur elle-même, suit un cours calme et paisible que rien ne révèle au dehors, et quel que soit l'effort d'esprit et de contention de l'homme qui médite, le corps semble étranger à ce travail intérieur, auquel le cerveau participe seul dans ses replis les plus profonds. Il n'en est pas ainsi du sentiment, qui a pour caractère de réagir sur le corps et de lui imprimer une agitation quelquefois violente. Que l'on considère le penseur dans le moment où son esprit lutte contre les difficultés d'un problème de métaphysique, il est muet, impassible, immobile, et son intelligence seule est active au milieu de ce repos absolu des organes. Mais que tout à coup le même homme apprenne une nouvelle impatiemment désirée, qu'il soit témoin d'un événement sinistre qui s'offre brusquement à ses regards, comme frappé d'un choc subit, tout son corps se meut, et l'on voit apparaître mille traces de trouble et d'agitation, accusées par des mouvements divers.

Entre les agents divers à l'aide desquels s'exprime la passion, il n'en est pas, en effet, de plus direct et de plus souvent employé que l'action musculaire : à ce point que, chez un homme qui serait paralysé et privé des mouvements des membres, du visage et de tout le corps, presque aucune émotion intérieure ne pourrait se trahir, et bien que son esprit conservât encore sa vigueur et sa force, et pût être en proie à la colère et à la haine, il serait en apparence d'une impassibilité complète. Il me semble que, sous le rapport de la facilité avec laquelle s'expriment les passions, on n'a pas assez tenu compte de l'*irritabilité musculaire*. L'on a exa-

géré l'influence de la sensibilité dans la production de ce phénomène; car c'est elle surtout que l'on considère lorsque l'on veut parler de gens irritables, irascibles, et prompts à manifester les effets directs des passions. Je ne nie point l'influence de la sensibilité, mais je veux précisément placer à côté d'elle une influence qui a été trop négligée, et qui joue le rôle principal dans les expressions de la passion. Ce qui domine évidemment chez les personnes promptes à laisser voir, sur leur visage ou dans l'attitude de leur corps, l'état intérieur de l'âme, c'est l'irritabilité musculaire, c'est-à-dire la facilité avec laquelle le centre nerveux opère des décharges dans les nerfs moteurs. L'intensité de l'impression est en raison de la sensibilité, mais la vitesse et la facilité avec lesquelles l'impression est traduite sont en raison de l'irritabilité musculaire.

Je ne chercherai point à énumérer tous les mouvements expressifs : ils diffèrent de ceux des autres variétés en ce qu'ils ne s'exécutent point par des muscles bornés à une seule ou à plusieurs parties du corps. Quoique appartenant plus spécialement aux yeux, au visage, au larynx (pour la production de la voix simple et du cri), à la poitrine, ils enveloppent la totalité du système musculaire de la vie animale, comme on le voit chez le sauvage dépourvu d'un langage perfectionné ; et dans les fortes émotions morales ; ils s'étendent même jusqu'aux muscles de la vie organique. Le cœur n'augmente-t-il point le nombre et la force de ses pulsations sous l'influence des impressions de l'âme ? Il est l'interprète le plus constant et le plus fidèle de nos affections; bien avant que le visage et les yeux aient parlé, il avertit chacun de nous d'une émotion intérieure, qui bientôt, si elle augmente, va se trahir par des expressions diverses. Il est heureux peut-être que ce témoin inexorable de nos pensées et de nos désirs soit profondément caché au sein de nos organes ; car s'il était à découvert, comme le visage, quel moyen aurions-

nous de dissimuler nos joies et nos douleurs? Avec de la volonté, on parvient encore à maîtriser son regard et l'expression de sa physionomie; mais rien ne peut suspendre le trouble de l'organe central de la circulation. Chez un homme en proie à une émotion violente, les mouvements du visage, domptés par une volonté ferme, restent muets; mais s'il était permis d'appliquer la main sur son cœur, on sentirait l'agitation de cet organe dont lui seul a conscience, et qui bien souvent inquiète le coupable, malgré le calme et le silence de ses traits. Le cœur et le visage peuvent mentir l'un à l'autre non-seulement au figuré, mais au simple point de vue physique, et l'on comprend que l'on ait pu dire, dans le langage métaphorique, que le cœur était synonyme de conscience.

Ici finit l'examen des mouvements involontaires de la première catégorie. Il est facile de voir, en les comparant entre eux, qu'ils se trouvent classés à peu près dans l'ordre inverse qu'exerce sur eux la volonté. En déplaçant la 6e variété, et la mettant avant la 5e, on trouve que les influences de la volonté sur eux diminuent graduellement, jusqu'à ce que ceux du dernier groupe, comprenant alors les mouvements sympathiques, soient à peu près aussi involontaires que les mouvements de l'intestin et du cœur. La conscience que nous avons de leur exécution reste seule comme dernière différence qui existe entre eux et ceux du système de la vie organique.

IIe Classe. — Les variétés que nous présente cette classe peuvent être distribuées de la manière suivante :

1re Variété. — Mouvements qui sont volontaires ou bien involontaires d'après l'habitude que l'on a prise. (Dans les muscles crémaster, interne du marteau, palpébral, on peut, avec de l'exercice, contracter isolément les deux palpébraux, le frontal, l'occipital, les auriculaires postérieurs.)

2e Variété. — Mouvements involontaires que l'on exécute

pour fuir un danger. (Occlusion des paupières, quand on craint d'être blessé par un corps étranger qui, cependant, ne touche point l'œil; car si ce corps touche l'œil, le mouvement instinctif qui est produit est un peu différent et s'explique anatomiquement par les lois de l'action réflexe que nous exposerons plus loin; projection de la main au devant du corps, ou mouvements divers pour éviter un danger, etc.)

3e Variété. — Mouvements involontaires d'imitation, tels que ceux que l'on fait quand on voit un individu qui va tomber, ou que, témoin d'une lutte ou d'une passe d'armes, on exécute soi-même, instinctivement, les mouvements qu'il faudrait faire pour éviter les coups, etc.

4e Variété. — Mouvements involontaires par simple habitude. (Gestes quand on parle, mouvements qui produisent la parole.)

Pour apprécier la nature de ces quatre variétés de mouvements, il faut examiner les modes ou les manières dont agit la volonté sur les mouvements dont elle dispose. Au moyen d'une analyse attentive, on arrive à constater certaines dispositions qui sont en quelque sorte des lois auxquelles obéit le mouvement musculaire.

1° Par exemple, on constate que certains mouvements, bien que soumis originellement à l'action cérébrale, finissent, par une sorte de paresse et de non-exercice, par être rebelles à l'influence de la volonté. Cette circonstance explique comment des muscles peuvent être volontaires chez quelques individus et involontaires chez d'autres : les muscles crémaster et interne du marteau sont dans ce cas; comment il est possible que le même mouvement paraisse appartenir à la fois à deux classes différentes et opposées.

2° Il y a des actions musculaires dont l'association est devenue spontanée et habituelle par un long exercice, par exemple le mouvement des deux releveurs des paupières, des deux palpébraux, des deux frontaux, et même des au-

riculaires postérieurs avec l'occipito-frontal. Cette association, simplement acquise, diffère de celle que l'on remarque aux muscles du périnée, de la glotte, du voile du palais, aux muscles qui meuvent le globe de l'œil, en ce que dans ces derniers cas elle est constante et congénitale, tandis que pour les muscles indiqués plus haut elle est variable, accidentelle, et jusqu'à un certain point facultative. Ainsi, on voit des individus qui peuvent contracter isolément les muscles des paupières, et personne ne peut faire agir les muscles d'un seul côté de la glotte ou du voile du palais.

3° Les ordres envoyés par le cerveau ne s'adressent point aux muscles précisément, mais à un ensemble de contractions capables de déterminer le mouvement que l'esprit veut produire. Il faut un long apprentissage dont l'habitude nous a fait perdre la trace et le souvenir, pour parvenir à exécuter ces contractions dans des proportions convenables pour répondre à l'intention de l'esprit, proportions dont le résultat se nomme ordinairement l'*adresse dans les mouvements*. A cet égard, la volonté et l'habitude, qui n'en est que l'exercice, agissent de deux manières opposées pour atteindre le même but : tantôt elles associent divers mouvements partiels, dans une juste mesure ; tantôt et plus souvent peut-être, elles les isolent et les séparent, afin de ne faire concourir à l'effet que le moins possible d'actions musculaires. L'adresse n'existe point lorsque, pour exécuter un mouvement déterminé, on emploie un trop grand nombre de muscles. C'est par là que pèchent, en général, les gens de la campagne, qui ne savent point exécuter avec grâce les mouvements convenus de la société. Que l'on considère, par opposition, l'agilité et l'adresse que possèdent le joueur de piano et le danseur, la mobilité des traits et la finesse d'expression des gens habitués à vivre au milieu des émotions du monde. On peut croire qu'à force d'exercice, la volonté est parvenue à agir isolément sur chaque faisceau des muscles de la main et des doigts, sur chaque

fibre même des muscles du visage. En étendant son influence, la volonté multiplie donc les agents de contraction dont elle dispose, et rend dociles à chacun de ses ordres, en les isolant, les parties les plus ténues du système musculaire.

4° Lorsque des mouvements déterminés, à l'occasion d'une cause quelconque, ont été très-souvent répétés, ils ont une tendance naturelle à se reproduire à propos d'une cause semblable, même lorsqu'elle n'agit qu'indirectement. La nature de ces mouvements est au fond volontaire; mais en vertu d'une éducation longuement acquise, et dont la réflexion permet seule de saisir l'origine, ils s'exécutent avec un apparent oubli des lois de la volonté, comme si celle-ci avait toujours été étrangère à leur production. En réalité, cependant, l'habitude ne fait que se substituer à la volonté. Cette loi de l'action musculaire explique plusieurs mouvements qui semblent être involontaires, mais qui ne le sont devenus que consécutivement. Il est facile d'en citer plusieurs exemples.

Lorsqu'un corps vulnérant est lancé au devant de l'œil, sans que pourtant il le touche, et sans par conséquent provoquer un mouvement réflectif par la stimulation d'un nerf sensitif, les paupières se ferment par une contraction spasmodique, bien avant même que la volonté ait eu le temps d'agir. C'est là un mouvement que l'on est tenté de considérer comme entièrement involontaire; cependant, cette spontanéité de la contraction n'est qu'un effet de l'habitude, car chez le nouveau-né, ce même mouvement n'a point lieu. Ignorant le danger qui le menace, le nouveau-né ne fait aucun effort pour se soustraire à la cause vulnérante, et ce n'est que peu à peu et graduellement qu'il apprend à connaître le danger et à le fuir. Le mouvement de convergence des deux yeux pour voir un objet est bien différent; il a lieu dès la naissance, même avant que l'enfant puisse distinguer les objets. Le premier mouvement n'est donc devenu involontaire que par un effet de l'habitude.

Il en est de même de l'action par laquelle nous plaçons

automatiquement les mains au-devant de nous pour écarter un danger, de celle qui nous fait baisser la tête en passant sous une voûte, lever les épaules pour amortir le coup, quand nous voyons un corps prêt à tomber sur nous. Il en est de même encore quand nous exécutons, à notre insu, les mouvements que devrait faire pour empêcher sa chute le cavalier que nous voyons sur le point de tomber, ou ceux que, malgré nous encore, nous faisons devant des gens qui jouent à l'escrime. Dans tous ces cas, nous agissons sous l'influence d'un lointain souvenir, et nous répétons automatiquement des gestes que l'expérience du même danger ou d'un danger semblable nous a rendus familiers. C'est l'expérience qui nous fait agir alors, et non un instinct absolument involontaire; car l'enfant ne fait point les mêmes gestes, dont il ne connaît point l'opportunité.

L'on pourrait citer encore, parmi des mouvements du même ordre, les gestes que font la plupart des hommes pour aider à la signification du langage. Assurément, ces gestes semblent être bien involontaires; mais il est certain néanmoins qu'ils sont appris et ne sont qu'un résultat de l'habitude. Si enfin on voulait un dernier exemple du pouvoir qu'ont l'habitude et l'exercice pour rendre involontaires, en apparence, des mouvements qui, en réalité, reconnaissent l'empire de la volonté, on pourrait citer ceux qui produisent la parole et le langage articulé. Dans l'action de parler, tous les mouvements ne paraissent-ils point spontanés, tant est rapide leur exécution, aussitôt que la pensée est présente à l'esprit de l'orateur? et cependant, que d'efforts n'a-t-il pas fallu pour rendre dociles tous les muscles si nombreux qui y concourent? C'est là le comble de l'influence que peut exercer l'habitude.

Les remarques qui précèdent suffisent pour faire apprécier quels seront les mouvements de la 2e classe, et il serait inutile d'insister séparément sur chacune des variétés qui la composent.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie.

Poids de l'encéphale (*Recherches sur le — chez l'homme*); par le docteur T.-B. Peacock. — 1° L'encéphale, chez l'homme adulte, pèse, terme moyen, 50 onces 3,25 drachmes (3 livres 2 onces 3 drachmes 34|131), et celui de la femme adulte 44 onces 14,3 drachmes (2 livres 12 onces 14 drachmes 28|74); de sorte que le cerveau de l'homme est plus pesant que celui de la femme de 5 onces 4,95 drachmes. De 131 cerveaux d'homme, le plus lourd pesait 62 onces 12 drachmes, ou 12 onces 8,75 drachmes au-dessus de la moyenne; et le plus léger, 34 onces, ou 16 onces 3,25 drachmes au-dessous de cette moyenne. Sur les 74 cerveaux de femme, le poids maximum était 54 onces, ou 9 onces 1 drachme 7|10 au-dessus de la moyenne; et le minimum 36 onces 12 drachmes, ou 8 onces 2 drachmes 3|10 au-dessous de cette moyenne. Parmi les cerveaux d'homme, 8,3 pour cent pesaient moins de 45 onces, 74,04 pour cent pesaient entre 45 et 55 onces, et 17,5 pour cent pesaient plus de 55 onces. Quant aux cerveaux de femme, 54 pour cent pesaient moins de 45 onces, 45,9 pour cent oscillaient entre 45 et 55 onces; mais aucun ne pesait plus que ce dernier poids. — On voit que ces résultats se rapprochent très-exactement de ceux qui ont été publiés, il y a quelques années, par le professeur Reid, qui plaçait le poids moyen de l'encéphale entre 45 onces 3|4 et 50 onces 1|4 chez l'homme, et 41 onces 1|4 et près de 45 onces chez la femme. Quant aux résultats obtenus par Hamilton, Sims, Clendinning et Tiedemann, ils s'en rapprochent également beaucoup. MM. Lélut et Parchappe portent ce poids seulement un peu au-dessous du chiffre indiqué par M. Peacock.

2° L'encéphale de l'homme paraît acquérir son maximum de développement de 20 à 25 ans; dans la période moyenne de la vie, il n'éprouve que peu de variations; son poids diminue, au contraire, dans un âge avancé. Rien ne prouve l'exactitude des opinions de Sœmmering, de Wenzels et de Hamilton, qui ont prétendu que le cerveau atteint son *summum* de perfection à la septième année ou même un peu avant.—Cette conclusion est tout à fait d'accord avec

celle de M. Sims; elle est en contradiction avec l'opinion de Wenzels et d'Hamilton, qui ont dit que le cerveau diminue de poids à mesure qu'on avance en âge.

3° L'excédant de poids du cerveau de l'homme sur celui de la femme se retrouve depuis les premières périodes de la vie, et persiste pendant tout son cours (bien entendu que cela ne s'applique qu'au commencement de la seconde année, les données de l'auteur n'étant pas suffisantes pour lui permettre de résoudre la question avant cette période).

4° Le poids du cervelet est, chez l'homme adulte, de 44 onces 3,4 drachmes, et chez la femme adulte, de 39 onces 3,3 drachmes, de sorte que le cervelet de l'homme pèse 5 onces 1 dixième de drachme de plus que celui de la femme.

5° Le cervelet, y compris le pont de Varole et la moelle allongée, pèse, chez l'homme adulte, 6 onces 40,5 drachmes; chez la femme, 5 onces 10,5 drachmes. Excédant chez l'homme, 9,55 drachmes.

6° De même que tout l'encéphale atteint son *maximum* de développement de la 20e à la 25e année, et diminue de poids à un âge avancé, le cervelet, le pont de Varole et la moelle allongée, suivent, à peu de chose près, la même loi. Ces derniers paraissent cependant arriver à leur *maximum* de développement plus tôt, entre 10 et 20 ans, époque à laquelle leur poids excède, chez la femme, ce qu'il sera à l'âge adulte, et est, chez l'homme, un peu moindre seulement de ce qu'il sera à l'âge adulte.

7° La même proportion qui existe entre le poids total de l'encéphale chez l'homme et chez la femme se retrouve dans les deux sexes relativement à chaque partie constituante de l'encéphale considérée isolément.

8° La relation du poids de l'encéphale à celui de tout le corps suit une progression graduellement décroissante, depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte : chez l'homme de 25 à 55 ans, cette relation est de 1 à 37,2; elle oscille, du reste, entre des proportions *maximum* de 1 à 79,98 et de 1 à 25,2. Chez la femme adulte, cette relation est de 1 à 33,5; *maximum* 44,8, et *minimum* 24,1.

9° Même relation pour le cervelet, le pont de Varole, la moelle allongée, et pour le cervelet seul : pour les premiers, à l'âge adulte, la proportion est, chez l'homme, comme 1 à 277,1 (*maximum* 424,7, et *minimum* 244,5); chez la femme, comme 1 à 290,7 (*maximum* 326, et *minimum* 213,3).

10° La relation qui existe, chez l'adulte, entre le cervelet, le

pont de Varole, la moelle allongée réunis, et la totalité de l'encéphale, est de 1 à 7,8, et presque identique dans les deux sexes (8,057 chez l'homme, 7,87 chez la femme).

11° Le poids du cervelet seul, par rapport à la totalité de l'encéphale, est, de 25 à 55 ans, comme 1 à 9,58 chez l'homme, et comme 1 à 9,34 chez la femme.

12° La proportion du poids du cervelet à celui du cerveau est, chez l'homme adulte, comme 1 à 8,37, et chez la femme adulte, comme 1 à 8,28. (*Monthly journal of med. scienc.*, septembre 1846.)

Pathologie et thérapeutique médico-chirurgicales.

Endocardite aiguë (*Obs. d' — et de concrétion polypiforme dans l'oreillette gauche d'un homme déjà affecté de maladie du cœur*); par le Dr Watts. — Un homme de 37 ans, grand buveur de bière, et d'une constitution détériorée par la débauche, vint consulter l'auteur, le 5 septembre dernier, pour une maladie du cœur, compliquée de catarrhe chronique, d'altération du foie et d'hydropisie générale. Ce malade avait eu, quatre ans auparavant, un rhumatisme articulaire aigu, et l'année suivante une seconde attaque de rhumatisme. Depuis deux ans, il était atteint de palpitations de cœur et de gêne de la respiration, avec de la toux; depuis quatorze mois surtout, il était presque toujours valétudinaire. Ce malade allait assez bien sous l'influence du traitement qui lui avait été prescrit, lorsque, le 30 septembre, il eut l'imprudence de faire une grande course et de s'exposer au froid. Le lendemain, il fut pris d'une dyspnée extrême, d'hémoptysie et de toux; l'hydropisie, qui avait disparu, reparut de nouveau. La mort eut lieu le septième jour, au milieu d'une anxiété extrême. — Les poumons étaient le siége d'une apoplexie pulmonaire qui occupait les lobes supérieur et inférieur du poumon gauche; le foie était décoloré et augmenté de volume, la rate indurée, le cœur deux fois plus gros qu'à l'état normal, l'orifice auriculo-ventriculaire gauche considérablement rétréci; la valvule mitrale insuffisante, ses tendons épaissis et presque ossifiés. Dans l'oreillette gauche se trouvait un caillot volumineux, qui adhérait à l'endocarde par une fausse membrane glutineuse. L'endocarde, qui était presque partout épais et opaque, était tapissé d'une fausse membrane récente, au niveau de l'appendice de l'oreillette, au voisinage de l'ouverture de l'orifice auriculo-ventriculaire; c'était aussi dans ce point que l'adhérence

du caillot était le plus solide; le sang qui venait des artères pulmonaires traversait trois canaux creusés dans le caillot, pour se rendre dans une petite cavité située au centre, et de là, par l'ouverture mitrale, dans le ventricule. (*London med. gazet.*, décembre 1846.)

Anévrysme partiel du ventricule gauche du cœur (*Obs. d'—; rupture dans le péricarde; mort cinq jours après*); par le Dr Th. Bevill Peacock. — Un commerçant âgé de 31 ans, d'une santé habituellement bonne, et menant une vie active, éprouva, dans le commencement de janvier 1845, pendant qu'il était en voyage, de la céphalalgie et des étourdissements. Quinze jours après, il fut pris de nausées, de douleurs de ventre, principalement dans l'hypochondre droit et à l'épigastre. Ces accidents persistèrent pendant quelques jours et se reproduisirent le 17 mars; à cette époque, il s'y joignit un peu de jaunisse. Le pouls était faible et fréquent, la langue chargée, l'abdomen sensible dans toute sa moitié supérieure; les selles étaient décolorées et l'urine beaucoup plus foncée qu'à l'ordinaire; la percussion ne faisait connaître de particulier que l'ascension du foie dans la cavité thoracique; les bruits de la respiration et de la circulation n'offraient rien de particulier. Vers le 17 avril, l'état du malade s'aggrava par suite d'un épanchement dans la plèvre droite. Le 9 mai, il ressentit tout d'un coup une douleur vive à la région du cœur, comme si quelque chose s'était rompu dans cette région, et il perdit connaissance. Cependant, les jours suivants il parut aller mieux, et, à l'exception de la dyspnée, on n'aurait pu se douter qu'il avait une affection du cœur. La mort eut lieu cinq jours après. — A l'*autopsie*, on trouva un épanchement de deux ou trois pintes de liquide dans la plèvre droite; le poumon droit refoulé et imperméable à l'air, excepté à son sommet; le poumon gauche adhérant dans toute son étendue à la plèvre; les bronches pleines d'un liquide spumeux; un épanchement peu abondant dans le péritoine. Le foie, qui avait été refoulé en bas à gauche par l'épanchement de liquide qui s'était fait dans la plèvre droite, était augmenté de volume, surtout dans la moitié gauche; il était gorgé de sang et granuleux. La rate était grosse, de consistance ferme, et recouverte de plaques cartilagineuses. Les reins étaient volumineux, durs et gorgés de sang. L'estomac offrait tous les caractères de la gastrite chronique. Le péricarde était fortement épaissi et adhérant au cœur dans toute son étendue par des filaments très-courts et faciles à déchirer; ce-

pendant, à la base, les adhérences étaient très-intimes, tandis que, au sommet, il existait entre les feuillets de cette membrane un petit épanchement de sang. Quand le cœur eut été mis à découvert, on reconnut qu'il était tapissé par des masses épaisses de fibrine molle, qui étaient dues probablement à la pénétration du sang dans les intervalles des adhérences. La forme du cœur était très-irrégulière; sa pointe très-prolongée et séparée du reste de l'organe par un sillon large et peu distinct en avant, profond et très-distinct en arrière, de sorte que l'organe avait la forme de l'horloge appelée sablier. La tumeur qui le terminait inférieurement avait presque le volume du poing, elle faisait surtout saillie en arrière; cette tumeur était formée par une dilatation anévrysmale de la pointe du cœur. La cavité du ventricule gauche avait presque ses dimensions ordinaires, et ses parois n'avaient que 5 lignes et quart dans la plus grande épaisseur; la substance musculaire n'était pas altérée, excepté dans le voisinage du sac. Ce dernier commençait un peu brusquement, à 1 pouce 10 lignes du point d'insertion des valvules aortiques, par un orifice qui avait 3 pouces de circonférence, et au niveau duquel les parois du ventricule étaient un peu plus épaisses que partout ailleurs, et la substance musculaire plus pâle et transformée en partie en tissu fibreux. L'endocarde était épaissi et opaque; immédiatement au-dessous de cet orifice, la cavité anévrysmale avait 5 pouces 9 lignes de circonférence, et le tissu musculaire cessait pour être remplacé par l'endocarde et le péricarde épaissis, et plus bas par le péricarde seul, qui formaient les parois de l'anévrysme. Cette dernière membrane, qui avait presque partout de 1 ligne à 1 ligne et demie d'épaisseur, avait de 2 lignes à 2 lignes et demie au niveau du sac, puis allait s'amincissant jusqu'à la pointe, où elle se confondait avec les caillots lamelleux. Le sac anévrysmal était beaucoup plus large transversalement et d'avant en arrière que de haut en bas; il eût pu loger un gros œuf de poule. La base du sac était tapissée de couches lamelleuses de fibrine, dont les plus externes étaient décolorées et adhérentes aux parois de l'anévrysme, tandis que, vers le centre, elles se rapprochaient des caillots de formation récente. On n'apercevait aucune déchirure du sac; le sang s'était échappé dans le péricarde par suite de la disparition graduelle des parois de l'anévrysme; à la base du sac, en arrière, le tissu musculaire, altéré, cessait brusquement, tandis que, en avant, il se fondait en quelque sorte avec les parois anévrysmales. Les colonnes charnues et les couches les plus internes des parois ventriculaires étaient

transformées, dans une grande étendue, en tissu fibreux d'un blanc pâle, et l'endocarde était épaissi et opaque. L'orifice aortique avait 3 pouces 9 lignes de circonférence; ses valvules étaient saines, la valvule mitrale opaque et épaissie; l'orifice correspondant avait 4 pouces 3 lignes de circonférence. L'aorte ascendante était assez volumineuse; ses parois étaient infiltrées çà et là de matière athéromateuse. Les parois du ventricule droit avaient 3 lignes d'épaisseur; ce ventricule avait en quelque sorte changé de forme, par suite du refoulement en haut que la tumeur anévrysmale avait exercée sur la pointe de ce ventricule. Les orifices pulmonaire et ventriculaire droits étaient sains, et avaient l'un 4 pouces, l'autre 4 pouces 9 lignes de circonférence. Le trou ovale était encore ouvert dans une petite étendue. (*Edinburgh med. and surg. journal*, octobre 1846.)

Le fait intéressant que nous avons rapporté plus haut offre une circonstance particulière qui mérite de fixer l'attention: c'est l'épanchement du sang au milieu des adhérences du péricarde, alors que ces adhérences ne sont pas suffisamment résistantes. Il suit de là que le procédé que la nature emploie le plus généralement pour s'opposer à la rupture du cœur, dans le cas de dilatation anévrysmale de cet organe, n'est pas toujours susceptible de mettre à l'abri de cette funeste terminaison.

Anévrysme partiel de l'oreillette gauche du cœur; obs. par le Dr Th. Bevill Peacock. — Un homme de 36 ans était atteint, depuis trois ans, d'une maladie du cœur, caractérisée par des douleurs à la région précordiale, de la dyspnée, de la toux avec expectoration teinte de sang, et parfois même des hémoptysies. Dans les derniers temps de sa vie, les douleurs vers le cœur avaient pris un caractère aigu et lancinant. Dix-huit mois avant sa mort, il avait été frappé de paralysie du côté gauche du corps. Les symptômes observés pendant la vie étaient les suivants : matité considérable à la percussion, bruit de râpe systolique dont le maximum était à 2 pouces au-dessous et à gauche de la mamelle; le pouls était faible, petit, irrégulier. — A l'*autopsie*, on trouva, indépendamment d'une infiltration séreuse dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, avec épanchements de même nature dans les plèvres, dans le péricarde et le péritoine, un ramollissement des couches les plus externes des corps strié et optique du côté droit, ainsi que du lobe droit du cervelet. Le cœur pesait 17 onces et demie; ses cavités droites étaient dilatées, et les parois du ventricule correspondant fortement épaissies; les valvules droites saines. Hypertrophie

avec dilatation du ventricule gauche; valvules aortiques rugueuses et presque cartilagineuses, mais sans insuffisance; l'orifice auriculo-ventriculaire gauche réduit à une simple fente d'un demi-pouce de diamètre, les bords de cette ouverture et les parois valvulaires considérablement épaissies et rigides; les cordons tendineux indurés et raccourcis, les colonnes charnues hypertrophiées; l'oreillette gauche épaissie et dilatée, l'endocarde qui la tapisse épais et opaque. L'appendice de cette cavité était notablement dilaté, et formait une tumeur oblongue de 2 pouces et demi de long et de 1 pouce 10 lignes de profondeur, qui était séparée par une cloison distincte du reste de l'oreillette, et qui faisait saillie au devant de la base du cœur. Les parois de cette tumeur étaient formées d'un tissu fibreux, blanchâtre et dense, qui ne conservait que très-faiblement l'apparence musculaire; les membranes d'enveloppe interne et externe étaient fortement épaissies. Cette tumeur était remplie par des caillots solides, décolorés et en partie lamelleux; l'ouverture par laquelle l'appendice communiquait avec le sinus de l'oreillette avait perdu notablement de son diamètre : elle n'avait plus qu'un demi-pouce, et était complétement fermée par un caillot fibrineux, solide. (*Edinb. med. and surg. journal*, octobre 1846.)

On pourra rapprocher cette observation des observations publiées sur ce genre d'affection par M. Thurnam (*London med.-chir. transactions*, t. XI; 1838), et plus récemment dans ce journal, par M. le Dr Aran (*Archiv. de méd.*, juin 1846).

Tumeurs ganglionaires des nerfs (*Obs. de — survenues dans le moignon d'un membre amputé, et ayant nécessité une nouvelle amputation*); par le Dr Dumville. — Le 29 mars 1843, M. Dumville a pratiqué une amputation secondaire du bras chez un jeune homme de 22 ans. Ce jeune homme avait eu déjà le bras amputé douze ans auparavant, à la suite d'une fracture du membre supérieur, fracture qui avait été mal traitée et qui avait été suivie de gangrène. L'amputation n'avait pas eu tout le succès désirable; car les muscles s'étaient retirés, et la cicatrisation avait laissé un moignon conique et douloureux. Trois ans après, la douleur était devenue beaucoup plus intense, et, à l'extrémité des nerfs, il s'était formé trois tumeurs ganglionnaires qui avaient augmenté peu à peu de volume, et qui étaient devenues cause de douleurs si atroces, que la raison de cet individu s'était peu à peu altérée.



Déjà, quatre ans auparavant, il avait consulté M. Dumville : il se croyait alors sous une influence diabolique, et quoi qu'on pût dire pour le ramener au sentiment de la réalité, il persistait dans ses hallucinations. Le moignon était tellement sensible au toucher, que l'attouchement le plus léger, la chute même d'une goutte d'eau, suffisait pour produire des souffrances atroces : il semblaient au malade qu'il avait encore ses doigts amputés, et qu'on les lui tiraillait en divers sens. L'amputation secondaire que pratiqua M. Dumville eut les plus heureux résultats : les douleurs cessèrent immédiatement, et la raison reprit peu à peu son empire. Les tumeurs ganglionnaires occupaient les nerfs médian, cubital et musculo-cutané. Ces nerfs, vers leur extrémité, étaient rouges, augmentés de volume, indurés, et terminées par un renflement olivaire que venait tapisser le névrilème épaissi. Au moment de pénétrer dans les ganglions, les tubes nerveux conservaient leur structure normale. Quant aux ganglions, ils étaient formés d'une matière finement granulée, dans laquelle on découvrait des fibres innombrables, d'une finesse, d'une délicatesse extrêmes, qui s'étendaient dans toutes les directions, comme dans une fausse membrane bien organisée. (*London med. gaz.*, août 1846.)

Clavicule (*Luxation de l'extrémité interne de la — en arrière*); obs. par le Dr W. Brown. — Nous avons publié, dans ces derniers temps, plusieurs observations de luxation de l'extrémité interne de la clavicule en arrière, ce qui prouve que cette affection est bien moins rare que le pensaient les chirurgiens et Astley Cooper en particulier. En voilà un nouvel exemple qu'on pourra rapprocher des précédents.

Un homme, lutteur de profession, fut amené chez l'auteur après une chute qu'il avait faite dans le cirque. Il était tombé sur l'épaule gauche, et cette portion du corps avait été violemment portée en arrière. A la puissance de la chute s'était ajouté le poids du corps de l'autre lutteur, qui était tombé sur le blessé. Contrairement à ce qui arrive en pareil cas, la clavicule ne s'était pas fracturée à sa partie moyenne; mais son extrémité interne était portée tout à fait en arrière. Il y avait beaucoup de douleur et un peu de gène dans la respiration. L'indication était claire : il fallait réduire la luxation et maintenir les parties réduites. La réduction ne présenta aucune difficulté, et le tout fut maintenu au moyen de l'appareil de Desault modifié. (*London med. gaz.*, août 1845.)

Fracture de la clavicule (*Obs. de — causée par l'action musculaire*); par le Dr Wildbore. — Un charretier âgé de 46 ans donnait à son cheval un coup de fouet, en portant son bras en arrière, lorsqu'il sentit que quelque chose se brisait vers son épaule. A l'instant, le bras tomba sans mouvement à côté du corps, et il lui fut impossible de s'en servir. Lorsqu'il entra dans le service de M. Phillips, on reconnut chez lui une fracture de la clavicule, immédiatement en dehors de l'insertion claviculaire du muscle sterno-mastoïdien. Quelques mois auparavant, cet homme avait ressenti une douleur vers le point qui s'était fracturé; mais il l'attribuait à ce qu'il s'était servi d'un hache-paille. Du reste, sa santé était bonne, et rien ne pouvait faire croire qu'il existât une maladie antérieure de l'os. (*London med. gaz.*, octobre 1846.)

Fracture de l'acromion (*Obs. de — produite par une violente contraction musculaire*); par le Dr F. Wildbore. — Un sommelier âgé de 45 ans entra dans le service de M. Phillips, le 24 février dernier, pour une lésion de l'épaule qui lui était survenue quelques jours auparavant. Il raconta qu'il était occupé à enfoncer une bougie dans un chandelier, lorsque le ressort placé dans ce chandelier projeta la bougie à une certaine hauteur; il éleva aussitôt la main pour la saisir : il sentit que quelque chose se brisait, et son bras tomba à côté de son corps. En l'examinant, on reconnut qu'une grande portion de l'apophyse acromion était séparée de l'omoplate; la crépitation était des plus sensibles, lorsqu'on élevait le bras perpendiculairement. Cet homme jouissait d'une assez bonne santé, n'avait jamais eu de rhumatisme, et ne portait aucune trace d'affection syphilitique. Cette fracture fut traitée comme d'ordinaire; six semaines après, ce malade sortait de l'hôpital avec sa fracture consolidée et la pleine conservation des mouvements de l'épaule. (*London med. gaz.*, octobre 1846.)

Rupture des deux tendons sus-rotuliens (*Obs. de*); par le Dr Renouard. — Un homme de 59 ans heurta du pied contre une poutre et tomba la tête en avant. Dans l'effort qu'il fit pour se retenir, il éprouva une vive douleur aux deux genoux. Un instant après, il sentit ses jambes plier sous lui, se laissa choir et ne put se relever. On lui trouva les jambes dans la flexion forcée; on les replaça non sans peine dans l'extension, ce qui le soulagea beaucoup. Le malade garda le lit pendant deux jours; puis, ne se sentant aucune douleur, il se crut guéri et voulut se lever; mais ayant essayé de faire quelques pas, il tomba de nouveau et ne put se

relever seul. Pendant deux mois, il fut maintenu au lit par un médecin qui avait placé les membres inférieurs dans l'extension complète; mais ne voyant pas d'amélioration, le malade se décida à venir à Paris. Là, on constata que le tendon commun des muscles droit antérieur et triceps fémoral avait été rompu aux deux cuisses, juste au niveau de son insertion à la rotule; le bout supérieur était distant de la rotule d'environ 3 centimètres. Si, le malade étant sur son séant, et le membre dans l'extension complète, on repoussait d'une main la rotule en haut, tandis que de l'autre on refoulait en bas le tendon rompu, l'écartement diminuait de plus en plus de moitié; mais, aussitôt les mains retirées, les parties reprenaient leur situation primitive. L'écartement paraissait avoir plus de profondeur du côté gauche que du côté droit. Le malade étant assis ou couché sur un plan horizontal, si on lui commandait de lever une jambe tendue, cela lui était de toute impossibilité pour la gauche; il parvenait à élever la droite de quelques centimètres. Il fléchissait à volonté la jambe, mais ne pouvait l'étendre, enfin il était incapable de se tenir un moment debout. Aucun bandage ne put parvenir à mettre en contact le bout du tendon rompu et la rotule; il fallut se borner à tenir les parties aussi rapprochées que possible, en plaçant les membres pelviens dans une extension continue. Cinq mois et demi en tout après l'accident, on enleva l'appareil. Le malade était en état de se promener dans la chambre avec des béquilles, il restait même debout quelque temps sans aucun appui. Enfin l'amélioration augmenta peu à peu, si bien que, après six autres mois, il reprit ses promenades à pied, en s'aidant toutefois d'une canne, surtout en montant les escaliers. (*Revue médicale*, septembre 1846.)

Obstétrique.

Accouchements (*Statistique des — qui ont eu lieu dans le cercle du haut Rhin* (*grand-duché de Bade*), *pendant les années* **1843** *et* **1844**); par le professeur Schwoerer. — Ce travail a été fait sur les rapports envoyés de dix-huit chefs-lieux de canton, et qui présentent toutes les garanties désirables sous le rapport de l'exactitude et de la bonne foi. Les accouchements qui ont eu lieu pendant ces deux années sont au nombre de 21,804, dont 20,248 se sont terminés spontanément, et 1546 dans lesquels l'art a été obligé d'intervenir (6 ou 7 pour 100). Ces accouchements se répar-

tissent comme suit : 20,610 présentations de la tête ; 50, de la face ; 97, du coccyx ; 116, des pieds ; 3, des genoux ; 250 accouchements de jumeaux, 1 de trijumeaux ; 153 positions transversales ; 118 avortements ; 127 accouchements prématurés ; 258 enfants morts, 21 monstres. Parmi les moyens employés à terminer artificiellement l'accouchement, on compte 183 versions podaliques, dont 76 pratiquées avec succès pour la mère et pour l'enfant, et 93 suivies de la mort du fœtus, 14 de celle de la mère ; 2 cas d'évolution spontanée, terminée heureusement pour la mère et pour l'enfant ; 1 version céphalique, exécutée très-facilement, mais sans avantage pour l'enfant ; 194 applications de forceps, 139 fois avec succès complet, 48 fois suivies de la mort de l'enfant, et 7 fois de la mort de la mère. L'application du forceps avait été motivée 48 fois par le grand volume et la position de la tête, 20 fois par la difformité du bassin, 3 fois par la difformité des parties molles, et 123 fois par les accidents graves ; 1 application très-utile du levier ; 10 perforations de la tête, dont 4 suivies de mort de la mère ; 1 application du crochet aigu dans un accouchement de jumeaux ; 1 hystérotomie vaginale dans un cas de rétroversion complète de l'utérus ; 204 cas de décollement du placenta, dont 196 suivis de succès, et 8 d'hémorrhagie ou de fièvre puerpérale mortelle. Dans 4 cas où le placenta n'a pu être extrait par suite d'incarcération, 3 femmes ont succombé. La procidence, l'entortillement et les nœuds du cordon ombilical, se sont présentés 31 fois : dans 11 de ces cas, les mères et les enfants furent sauvés par la version et l'application du forceps ; dans 19 autres cas, les enfants succombèrent, et une fois la mère et l'enfant. L'insertion du placenta sur l'orifice a été observée dans 15 cas : 5 fois, la mère et l'enfant furent sauvés par un traitement méthodique ; dans 5 autres, les enfants succombèrent ; enfin, dans les 5 autres, les mères moururent d'hémorrhagie ou de fièvre puerpérale. Parmi les lésions de la matrice, il y eut un prolapsus qui fut réduit promptement avec succès, et une rupture suivie de mort dans les 24 heures. Il y eut des hémorrhagies abondantes dans 25 cas : 19 femmes succombèrent, dont 9 après avoir subi une opération obstétricale. L'inflammation aiguë, la gangrène de la matrice, produisirent 3 morts ; la putrescence de cet organe, 7. Sur 30 cas de fièvre puerpérale, 10 se rapportaient à des opérations ou à des maladies déjà citées ; dans les 20 autres de forme essentielle, il n'y eut qu'une femme sauvée. Sur 14 cas d'éclampsie, 2 femmes succombèrent. Relativement aux monstruosités, au nombre de

14 cas, il y en eut 3 qui présentaient peu de difformité: aussi les mères et les enfants survécurent; les dix autres enfants étaient morts-nés, ou vécurent peu de temps après leur naissance. Dans les deux années, la mortalité générale a été de 91, ce qui fait une mort sur 239 ou 240 accouchements (4 ou 5 sur 1,000). Sur 595 opérations, il y a eu 34 cas de mort; ainsi une mort sur 17 ou 18 opérations (5 ou 6 sur 100). (*Annalen der Staatsartzneikunde*; heft 3, 1846).

BULLETIN.

TRAVAUX ACADÉMIQUES. — VARIÉTÉS.

I. *Académie de médecine.*

Nomination du secrétaire perpétuel. — Luxation du bassin. — Pellagre. — Vaccine et vaccination. — Taille et lithotritie. — Lithotritie par les voies accidentelles. — Nouvelle méthode de lithotomie. — Désarticulation de la mâchoire inférieure.

Les séances de l'Académie de médecine n'ont présenté, le mois dernier, qu'un médiocre intérêt. Les communications ont été peu nombreuses, et, pour la plupart, peu importantes; les discussions peu animées et peu lumineuses. Le véritable événement a été, sans aucun doute, la nomination de M. Frédéric Dubois (d'Amiens) à la place de secrétaire perpétuel, en remplacement de Pariset. On se rappelle que les candidats étaient nombreux, et peut-être nos lecteurs savent-ils que des rumeurs assez générales avaient désigné comme à peu près certaine la nomination de M. Royer-Collard, que de cruelles infirmités retiennent encore éloigné de l'enseignement de la Faculté. Le fait est que la victoire a été fort disputée. Au premier tour de scrutin, M. Royer-Collard a obtenu 27 voix contre 24 données à M. Dubois (d'Amiens), 17 à M. Réveillé-Parise, 13 à M. Mélier, 12 à M. Bousquet, 5 à M. Renauldin, et 3 à M. Is. Bourdon. Au second tour, la lutte s'est circonscrite davantage entre MM. Royer-Collard et Dubois : le premier a obtenu 42 voix, et le second 41. Enfin, au troisième tour, M. Dubois l'a emporté sur M. Royer-Collard par 56 voix contre 43 données à son compétiteur. Il est probable que la seule considération qui ait empêché la nomina-

tion de M. Royer-Collard est son fâcheux état de santé; et, en effet, il eût été difficile de trouver un talent plus facile et plus élevé, digne de remplacer M. Pariset. A part cela, nous saluons l'élection de M. Dubois, comme une des meilleures que pouvait faire l'Académie. M. Dubois joint aux qualités distinguées de l'écrivain des connaissances médicales sérieuses et une activité, une énergie dont quelques personnes s'effrayent, mais que nous croyons au contraire fort utiles pour ramener l'Académie dans sa voie véritable. Il est des époques dans la vie des corps académiques, comme dans celle des nations, où il faut une main ferme pour les conduire. L'Académie en est depuis longtemps à cette époque. La tâche que M. Dubois a à remplir est dure et difficile; mais nous espérons qu'il n'y faillira pas.

— M. Bégin a lu un rapport sur un mémoire de M. Murville, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Lille. Dans ce mémoire, qui a pour sujet les *luxations des os du bassin*, l'auteur a rapporté deux faits extrêmement curieux. Le premier est relatif à un officier de 38 ans, d'une forte constitution, qui tomba d'un troisième étage sur le pavé, les cuisses fléchies et le tronc vertical, comme dans la station assise. Tout l'effort porta sur les tubérosités ischiatiques; les os coxaux, retenus par le sol, laissèrent glisser entre eux de haut en bas le sacrum, pressé par la colonne vertébrale qui lui transmettait le poids du tronc, multiplié par la hauteur et l'espace parcouru. A l'examen, on trouva les crêtes iliaques atteignant le rebord des fausses côtes; le coccyx, fortement contus et dissocié à plusieurs endroits, faisait en bas une saillie très-prononcée; douleurs très-vives dans les symphyses sacro-iliaques, paralysie des membres de la vessie et du rectum, pouls misérable, pâleur générale, sueur froide, état général fort grave. Porté à l'hôpital, le blessé fut d'abord ranimé à l'aide d'excitants; puis, la réaction étant survenue, on mit en usage un traitement antiphlogistique énergique, en même temps que l'on maintenait immobiles les parties déplacées sur lesquelles on avait jugé imprudent de tenter aucun effort de réduction. Un succès inespéré couronna ce traitement: non-seulement la vie fut conservée, mais la paralysie diminua, et aujourd'hui, dix ans après l'accident, l'urine est rendue à volonté, le rectum se vide sans beaucoup d'efforts, et le malade peut marcher, bien qu'avec peine et incertitude; une difformité assez considérable persiste. Quant au second fait, il n'en existe pas d'analogue dans les annales de la chirurgie. Un officier supérieur, âgé de 56 ans, fut emporté durant une revue, le 19 octobre 1845, par son cheval qui faisait des bonds furieux et désordonnés.

Cet officier s'attacha fortement à la bride, pencha le corps en avant, contracta les muscles adducteurs des cuisses avec violence, étendit les jambes et s'éleva sur les étriers. De cette position résulta la transformation des membres inférieurs en une sorte de fourche à branches droites, comprimant le corps du cheval, et surmontée, au-dessus du point de jonction qui ne reposait pas sur la selle, par le tronc tout entier et les membres thoraciques. Dans un des bonds du cheval, l'officier fut jeté verticalement en l'air et retomba de tout son poids vers la selle, qui agit à la manière d'un coin sur l'angle de jonction des cuisses. L'effort d'écartement fut tel que la partie latérale gauche du plancher pelvien fut déchirée, la peau restant intacte. Une seconde secousse agrandit la première solution de continuité, et se prolongea jusqu'à la symphyse, dont tous les moyens d'union furent rompus, en y comprenant le pilier interne de l'anneau inguinal gauche. Le blessé, qui avait tout son sang-froid, perçut distinctement ces déchirures successives des tissus fibreux, sans en prévoir toute la gravité. Examiné aussitôt, on découvrit une hernie inguinale gauche volumineuse. Au périnée, siége d'une vive douleur, existait une tumeur globuleuse, saillante, du volume du poing environ, pouvant être refoulée en haut et suivie jusque dans le bassin par la main, qui semblait entrer comme dans une vulve après la parturition. Les deux mains portant de champ, l'une au-dessus du pubis, l'autre au périnée, contournaient facilement l'os coxal gauche, et se rencontraient au niveau de la symphyse assez largement écartée pour leur permettre de s'engager entre les os qu'elle réunit, en déprimant les téguments; cet écartement pouvait être de 6 à 7 centimètres. L'état général était très-grave. La hernie fut réduite et les pubis rapprochés et contenus d'une manière énergique et constante. Trois jours après, les accidents avaient disparu, et l'on pouvait imprimer des mouvements aux membres inférieurs. Après deux mois, le malade marchait, bien que encore difficilement; guérison complète trois mois et demi après. M. Murville s'est livré, au sujet de ce dernier fait, à quelques expériences destinées à vérifier le degré d'écartement auquel on peut porter mécaniquement les os du pubis. Ces expériences lui ont prouvé que cinq fois sur dix on peut déterminer avec des coins un écartement de ces os de 5 à 6 centimètres sans occasionner de fracture ou de déchirure des parties fibreuses; et dans les autres cas, les ligaments se sont déchirés d'un côté seulement. Ce dernier fait a paru à M. Murville présenter une grande analogie avec les faits de sym-

physéotomie; il attribue l'absence d'accidents à l'intégrité des téguments, et en conclut que cette opération dans les accouchements difficiles n'offrirait peut-être que peu de dangers en la faisant par la méthode sous-cutanée, ainsi que l'a proposé Imbert, de Lyon. Une courte discussion s'est engagée entre le rapporteur et M. Malgaigne au sujet de ces deux observations. Ce dernier a fait remarquer que le diagnostic n'avait peut-être pas été porté avec toute la réserve convenable, et que rien ne prouvait qu'il n'y eût pas eu fracture en même temps que luxation. D'un autre côté, a-t-il dit, il n'y a pas de parité à établir entre l'écartement artificiel produit graduellement entre les pubis avec des coins et un écartement de 6 à 7 centimètres survenu d'une manière aussi brusque. Aussi a-t-il réclamé qu'on écrivît à M. Murville pour le prier d'examiner de nouveau ces deux malades, et de pratiquer sur eux quelques mensurations qui permissent de se faire une idée exacte des désordres qui ont eu lieu.

— M. Jolly a lu en son nom, et au nom d'une commission composée de MM. Rayer, Prus, Gibert et Mélier, un rapport officiel en réponse à une lettre adressée par M. le ministre du commerce relativement au degré d'utilité que présente la mission sollicitée par M. le Dr T. Roussel pour aller étudier la *pellagre* en Espagne. On sait que, dans ces derniers temps, l'existence de cette maladie a été constatée d'une manière non douteuse dans plusieurs de nos départements du Midi, et notamment dans la Gironde, les Landes, la Haute-Garonne, l'Aude, les Hautes et Basses-Pyrénées. On l'a même rencontrée à l'état sporadique dans plusieurs communes des environs de Paris et dans deux hôpitaux de cette ville. Aussi la commission s'est-elle empressée de répondre favorablement au ministre, et tout en laissant à M. Roussel la plus grande latitude et toute sa liberté de recherches, elle a pensé qu'il convenait d'appeler plus particulièrement l'attention de ce médecin sur les questions suivantes : 1° La pellagre des Asturies, dite *mal de la rosa*, n'est-elle qu'une forme ou une variété locale de la pellagre proprement dite? établir leurs différences, leurs analogies ou leur identité sur des caractères puisés dans l'anatomie et la physiologie pathologiques. 2° Quelles sont, dans les diverses localités où la pellagre a été observée, les conditions principales d'alimentation? 3° Trouve-t-on des cas de pellagre dans les classes riches? quelle en est la proportion relativement à ceux qu'on observe dans les classes pauvres? 4° Existe-t-il des conditions spéciales de culture, de maturation, d'altération quelconque des céréales, du maïs, du millet, du

sarrasin en particulier, sous l'influence desquelles paraît plutôt se développer la pellagre? faire connaître les conditions ainsi que les divers modes de préparation des farines mises en usage dans chaque contrée où l'on observe l'endémie pellagreuse. 5° Quelle est, d'après l'observation et l'expérience, la valeur des opinions qui attribuent la pellagre soit à l'usage exclusif des farines privées de gluten, soit à la présence d'un cryptogame, soit à l'existence de quelques maladies des céréales? vérifier les remarques et les expériences des naturalistes et des médecins à ce sujet. 6° Rencontre-t-on des cas de pellagre en dehors des conditions d'alimentation précitées, et quelle en est la proportion à l'égard du chiffre absolu de la population? 7° Quelle est la part d'influence que peuvent avoir sur le développement de la pellagre certaines causes étrangères à l'alimentation, auxquelles on a cru également pouvoir attribuer la maladie, telles que les causes accidentelles de l'eau, de l'air, et du sol, l'intensité de la chaleur et de l'insolation, la malpropreté, la misère, et les mœurs spéciales du pays? 8° Que doit-on penser des propriétés héréditaires et contagieuses de la pellagre? 9° Quelles sont les principales règles d'hygiène que l'expérience a consacrées comme les plus efficaces dans la prophylactique et la thérapeutique de la pellagre? Ce rapport été suivi d'une courte discussion à laquelle ont pris part MM. Gibert, Baillarger, Ferrus, Rochoux et Émery. M. Gibert a rappelé que, dans le siècle dernier, un médecin espagnol, Casal, avait signalé dans les Asturies une maladie singulière dont le phénomène le plus apparent et le plus caractéristique était un exanthème cutané siégeant sur les parties découvertes, et dont la cause principale était l'action du soleil du printemps sur des constitutions misérables affaiblies par diverses causes, et notamment par une mauvaise alimentation, en tête de laquelle il indique le maïs. Plus tard, une maladie analogue, affectant les mêmes sujets et se développant dans les mêmes circonstances, reconnaissant les mêmes causes, fut signalée en Italie. Plus tard encore, il y a dix-neuf ans, un médecin de Bordeaux, M. le Dr Hameau, découvrait à son tour dans les Landes une affection de même nature et de même apparence. Mais toutes ces maladies avaient été décrites sans que l'on soupçonnât leur analogie et encore moins leur identité, et ce n'est que dans ces derniers temps que MM. Léon Marchand, Roussel, et M. Gibert lui-même, ont donné à la pellagre toute l'importance qu'elle mérite. Suivant M. Gibert, on peut résumer de la manière suivante les points fondamentaux de l'histoire de la pellagre : 1° Il existe en Italie, en

France, en Espagne, une affection endémique spéciale dont un érythème des extrémités et des parties découvertes du corps est le phénomène le plus apparent; et cette affection se montre dans des localités où sont réunies les trois conditions principales qui suivent : soleil ardent, population misérable, alimentation débilitante. 2° Le début du mal a lieu généralement au printemps, lorsque l'ardeur du soleil vient surprendre, pour ainsi dire, des sujets exposés presque sans défense à son action par la nature de leurs travaux, de leurs occupations, de leurs habillements, sujets affaiblis par une mauvaise alimentation et d'autres causes débilitantes, chez lesquels déjà les systèmes tégumentaire, digestif, nerveux et sanguin, sont plus ou moins altérés. 3° La maladie se montre à Paris à l'état sporadique dans des circonstances analogues. 4° Cette affection mérite à tous égards le nom de *mal de misère* qui lui a été donné en Italie et dans les landes de Bordeaux; elle est liée à une diathèse ou cachexie spéciale, et l'on peut jusqu'à un certain point comparer aux effets ordinaires de la brûlure les accidents produits en pareil cas par l'action, devenue désorganisatrice pour ces sujets, d'un soleil ardent. 5° Certaines conditions hygiéniques et géographiques spéciales paraissent indispensables pour que cette maladie se développe à l'état endémique. De son côté, M. Baillarger a appelé l'attention sur les phénomènes cérébraux qui caractérisent la pellagre, et en particulier sur la paralysie. Il est porté à penser qu'il existe une très-grande analogie entre cette paralysie et la *paralysie des aliénés*. En effet, la paralysie des pellagreux se caractérise, au début, par des étourdissements, des vertiges, des syncopes, des pertes de connaissance, phénomènes dus sans doute à des congestions cérébrales; un peu plus tard, le pellagreux a une démarche hésitante, comme titubante; bientôt la station devient impossible, et les malades finissent même par ne plus pouvoir exercer le moindre mouvement dans leur lit. Un symptôme également caractéristique de la paralysie pellagreuse et qui est également commun aux deux affections, c'est l'embarras de la parole, la paralysie de la langue. Un autre caractère très-important, c'est l'affaiblissement intellectuel, circonstance qui tend encore à rapprocher davantage ces deux sortes de paralysies. Enfin, M. Brierre de Boismont signale comme altérations pathologiques de la pellagre des inflammations avec adhérence des méninges et un épanchement séreux. En conséquence, M. Baillarger a proposé et fait adopter les deux questions suivantes à ajouter au programme dressé par M. Roussel : 1° Quels

sont les symptômes et la marche de la paralysie chez les pellagreux? 2° Quelles sont les données fournies par l'anatomie pathologique sous ce rapport?

— M. Desportes a fait, au nom de la commission de vaccine, le rapport officiel sur les vaccinations pour l'année 1845. Ce rapport extrêmement étendu, et renfermant de nombreux détails statistiques, était terminé par cinq conclusions qui ont excité les plus violents orages. De ces conclusions, une tendait à faire établir dans toutes les communes des listes où l'on eût inscrit le nom, le sexe, l'âge, le domicile, non pas seulement des vaccinés, mais encore des non-vaccinés, avec l'indication de la date de la première vaccination, de la date de la contre-visite, du résultat de l'opération, des varioles ou varioloïdes qui pouvaient leur survenir; autrement dit, une espèce de livre inquisitorial. L'autre autorisait à interdire l'entrée des écoles aux enfants non vaccinés, et demandait de faire vacciner les jeunes soldats et les détenus. Enfin, la dernière posait en principe la dispersion des individus qu'on saurait exposés à une attaque de la petite vérole et les variolés eux-mêmes, en temps d'épidémie, ainsi que d'interdire l'entrée des communes à tous ceux qui ne seraient pas vaccinés. De pareilles dispositions, qui consacraient un attentat à la liberté individuelle, et qui créaient de toutes pièces, pour nous servir de l'expression de M. Gaultier de Claubry, une nouvelle *loi des barrières* et des *passe-ports*, n'ont pu trouver grâce devant l'Académie, et après deux longues séances, les conclusions, réduites à deux, et privées de ce caractère offensif et novateur qu'avait voulu leur donner M. Desportes, ont été adoptées par l'Académie.

— Enfin, elle a donc reparu sur l'horizon la discussion sur la taille et la lithotritie. Jusqu'ici cependant, elle s'est montrée peu vivace; chirurgiens et lithotriteurs paraissent peu pressés d'en venir aux mains. M. Civiale, qui a pris le premier la parole, a donné lecture de la seconde partie de son travail, qui a pour titre *Application des résultats de la taille fournis par la statistique.* Dans ce mémoire, il a consigné les relevés des opérations de taille faites dans différentes localités. En voici les résultats généraux: Relevés de Bristol sur des enfants de 1 à 10 ans: 135 taillés, 29 morts ou 1 sur 4,68. Relevés de Yelloly sur des sujets âgés de moins de 14 ans: 357 taillés, 69 morts ou 1 sur 5,17. Sur 100 opérations faites à l'Hôtel-Dieu avant 1830 sur des malades de tout âge, 56 ont guéri, 28 ont succombé, et l'issue définitive est demeurée inconnue pour les autres; mais en supposant qu'ils aient tous guéri,

la mortalité sera toujours de 1 sur 14. Depuis 1836 jusqu'en 1842, on a pratiqué dans les hôpitaux de Paris, chez des malades de tout âge, 73 opérations de taille qui ont donné pour résultat 45 guérisons et 25 morts, l'issue définitive étant demeurée inconnue dans 3 cas; en supposant que ces trois cas aient été heureux, c'est toujours une mortalité de plus de 1 sur 3 (résultat analogue à celui annoncé par M. Roux, qui, sur 21 opérés, vieillards ou adultes, n'en a sauvé que 11). 89 opérations de taille, faites par Dupuytren sur des malades dont la plupart avaient moins de 14 ans, ont donné 70 guérisons et 19 morts, c'est-à-dire 1 mort sur 4,66. Enfin, Souberbielle, ayant analysé 39 des dernières opérations qu'il a pratiquées sur des adultes et des vieillards, a reconnu qu'il avait obtenu 28 guérisons et 11 morts. Tels sont les résultats, dit M. Civiale, que la taille a fournis entre les mains des chirurgiens les plus habiles et les plus expérimentés. A ces faits, cet académicien oppose les suivants : Sur 838 calculeux qui se sont présentés à lui de 1824 à 1845, 548 ont été traités par la lithotritie; les autres, c'est-à-dire 290, lui ont paru être en dehors des conditions nécessaires à l'application de cette méthode. Il ajoute à ces 548 opérations : 1° 25 cas de lithotritie nécessités par des récidives; 2° 8 combinaisons de taille et de lithotritie; 3° 10 opérations pratiquées depuis la rédaction de ses tableaux en 1845. Il arrive ainsi à un total de 591 opérations qui ont donné 566 guérisons, 14 morts, et 11 guérisons incomplètes, c'est-à-dire que les malades ont continué à souffrir, moins qu'auparavant toutefois, mais assez pour qu'il fût impossible de les considérer comme guéris. En résumé, M. Civiale croit avoir établi : 1° que la lithotritie bien faite et dans les limites de son application sauve 96 ou 98 malades sur 100; 2° que le quart des calculeux encore réfractaires à la lithotritie peut être soumis à la taille; 3° que par la taille, appliquée d'une manière exclusive et sans distinction d'âge, on perd de 20 à 30 malades sur 100; 4° que, appliquée aux enfants seuls, la taille en sauve les $^{9}/_{10}$; 5° que, appliquée aux adultes et aux vieillards, elle en sauve 50 à 75 pour 100. M. Velpeau, qui a pris la parole dans la séance du 31 août, s'est livré seulement à un examen préliminaire de la question. Nous parlerons de son discours lorsque l'honorable académicien aura fait connaître toute son opinion.

— La lithotritie a occupé encore une fois l'Académie, mais d'une manière plus modeste. Chargé d'un rapport sur un mémoire de M. le professeur Bouisson, de Montpellier, qui a pour titre *De la Lithotritie par les voies accidentelles*, M. Ségalas s'est borné, sans

jeton un coup d'œil général sur la question, à retracer les opinions que l'honorable professeur a voulu faire triompher sur la possibilité de pratiquer avec avantage, dans certaines circonstances, la lithotritie par des voies accidentelles, soit une fistule ou une boutonnière périnéale, et de combiner la taille avec la lithotritie. Peut-être M. Ségalas n'a-t-il pas accordé à la méthode du professeur de Montpellier toute l'importance qu'elle mérite; les faits qu'il a rapportés à l'appui sont dignes, nous le croyons du moins, de toute l'attention des chirurgiens.

— M. Maisonneuve, chirurgien de Bicêtre, a présenté à l'Académie un homme de 32 ans, auquel il a pratiqué l'opération de la taille, le 22 août (neuf jours auparavant), par une méthode nouvelle qu'il désigne sous le nom de *taille rectale*. Cette taille, bien différente de celle de Sanson et de Vacca, à laquelle M. Maisonneuve croit, avec raison, devoir donner le nom de *taille recto-périnéale*, laisse parfaitement intacts le sphincter et le périnée. Et, chose remarquable, après l'opération, l'urine retenue dans le rectum ne s'est pas un instant écoulée involontairement, et n'a été évacuée, même dans les premiers jours, que quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures. Examiné avec le plus grand soin, le malade ne présente à l'extérieur aucune trace d'opération, l'urine est parfaitement retenue. Dès le quatrième jour, elle a commencé à couler par l'urèthre, et maintenant, neuvième jour, c'est par cette voie qu'elle sort en presque totalité. Voici la description du procédé:

Le malade est couché sur le dos en travers de son lit, la tête soutenue par un oreiller, les cuisses fléchies sur le bassin, les jambes fléchies sur les cuisses, les genoux fortement écartés et maintenus en cette position par deux aides. Un cathéter courbe à large cannelure est introduit par l'urèthre jusque dans la vessie; un aide le maintient perpendiculaire à l'axe du corps, et le déprime un peu vers le rectum. — *Premier temps*. Le chirurgien, placé debout entre les cuisses du malade, introduit dans le rectum son doigt index gauche, dont la pulpe, tournée en haut, reconnaît d'arrière en avant la prostate d'abord, puis l'angle antérieur de cet organe et la portion membraneuse de l'urèthre; au niveau de ce dernier point, il trouve la cannelure du cathéter: alors, tournant l'index en pronation forcée, il introduit son ongle dans la cannelure de l'instrument. L'exécution de ce premier temps demande à peine quelques secondes. — *Deuxième temps*. Un bistouri pointu, dont la lame est enveloppée de linge jusqu'à 1 centimètre de son extrémité, est tenu de la main droite comme une plume à écrire,

et glisse le long du doigt index gauche jusque dans la cannelure du cathéter. Il sert à inciser dans l'étendue d'un centimètre la paroi antérieure du rectum et la portion membraneuse de l'urètre. — *Troisième temps.* Aussitôt cette incision faite, le chirurgien, dont l'ongle de l'index gauche reste fixé dans la cannelure du cathéter, retire le bistouri, prend de la main droite le lithotome double dont il tourne la concavité en haut, le glisse comme il avait fait du bistouri le long du doigt index gauche jusque dans la cannelure du cathéter, et s'assure par quelques mouvements du contact parfait des deux instruments; puis, retirant l'index du rectum, il saisit avec la main gauche le cathéter qu'il soulève un peu, tandis que de la main droite il pousse le lithotome jusque dans la vessie. Aussitôt la main gauche qui tenait le cathéter retire cet instrument, la main droite fait tourner sur lui-même le lithotome pour ramener la concavité en arrière. — *Quatrième temps.* Alors commence le quatrième temps. Le chirurgien introduit dans le rectum au-dessus du lithotome, l'index et le médius gauches, les écarte pour protéger le sphincter, pendant que de la main droite il presse sur la bascule du lithotome et retire cet instrument, dont les lames écartées font à la prostate et à la partie correspondante du rectum, une incision bilatérale, par laquelle on fait l'extraction de la pierre avec la même facilité que dans la méthode périnéale. Les principaux avantages que M. Maisonneuve trouve à la nouvelle méthode sont: 1° d'être d'une exécution plus simple et plus rapide que la méthode périnéale; 2° de ne point exposer à la lésion du bulbe, et partant aux accidents qui sont le plus à craindre dans la taille de Dupuytren; 3° d'épargner au malade l'inconvénient d'une incontinence d'urine plus ou moins prolongée. En résumé, cette nouvelle méthode semble à son auteur réunir tous les avantages de la taille de Dupuytren, sans en avoir les principaux inconvénients.

— M. Jobert (de Lamballe) a présenté à l'Académie un jeune garçon de 14 ans, sur lequel il a pratiqué la désarticulation de la mâchoire inférieure. Chez ce jeune malade, toute la partie inférieure de la face était le siége d'une énorme tumeur, assez régulièrement arrondie, dure, sans changement de couleur à la peau, si ce n'est à la partie la plus déclive de la tumeur, où l'on apercevait une petite ouverture fistuleuse. Cette tumeur, développée uniquement aux dépens de l'os maxillaire inférieur, qui était envahi depuis le col du condyle jusqu'à 2 centimètres environ de la symphyse du menton, s'avançait dans l'intérieur de la cavité buccale, sous forme d'une masse irrégulière et bosselée. Elle était formée,

comme on a pu s'en assurer après l'opération, par une hypertrophie avec éburnation du tissu osseux, renfermant dans son intérieur des cavités assez profondes, dans lesquelles on rencontrait de la matière tuberculeuse à l'état de ramollissement et de suppuration. L'articulation temporo-maxillaire ne participait nullement à l'altération, qui paraissait assez bien limitée d'ailleurs; cette considération engagea M. Jobert à tenter l'opération, qui fut pratiquée de la manière suivante: ce chirurgien fit partir, de la commissure labiale gauche, une incision rectiligne, qui, arrivée à la partie inférieure de la mâchoire, se recourba en dehors et en arrière, en suivant le bord inférieur de l'os. Arrivée vers l'angle de la mâchoire, elle fut recourbée de nouveau en haut, et continuée jusqu'à environ 1 centimètre au-dessus de l'articulation temporo-maxillaire. Le vaste lambeau supérieur, circonscrit par ces incisions, fut immédiatement disséqué de bas en haut, jusqu'au niveau de l'arcade zygomatique. Cela fait, la section de l'os fut opérée avec une petite scie à main, au niveau de la seconde petite molaire, qui avait été préalablement arrachée. Cette section fut assez difficile par suite de la présence de la première grosse molaire, déviée de sa direction, et qu'il fallut arracher pour faciliter le mouvement de la scie. Les tissus qui s'insèrent à la face interne de l'os furent ensuite disséqués, et le muscle temporal coupé à son insertion à l'apophyse coronoïde. Enfin, la capsule articulaire fut incisée en avant, l'os luxé et la désarticulation achevée. Le lambeau fut abattu et maintenu par dix points de suture entortillée. Il ne survint d'autre accident qu'une petite tumeur salivaire, dans la région parotidienne de la tumeur que M. Jobert incisa immédiatement, et dont il empêcha la reproduction, au moyen d'un séton passé de dehors en dedans. Le 24 juillet, trente-sept jours après l'opération, la guérison était complète, et la plaie entièrement cicatrisée.

II. *Académie des sciences.*

Traitement de la fièvre typhoïde par les mercuriaux. — Nature de la sécrétion intestinale dans le choléra. — Timbre de la voix humaine. — Ophthalmie purulente des nouveau-nés. — Expériences sur les gaînes tendineuses. — Rétablissement de la continuité de l'œsophage à la suite de la section complète par la ligature. — Salivation considérée comme moyen de prévenir les accidents inflammatoires après l'opération de la cataracte. — Composition du sang dans le scorbut. — Emploi des caustiques dans le traitement du cancer, des tumeurs scrofuleuses, etc. — Éthérisation. — Assainissement des terres basses. — Composition du sang des animaux nouveau-nés. — Du muscle tenseur de l'aponévrose crurale ; son rôle dans la luxation spontanée du genou.

L'Académie des sciences a reçu, le mois dernier, un très-grand nombre de communications médico-chirurgicales, dont quelques-unes dignes d'intérêt.

1° M. le professeur Serres a donné lecture d'un mémoire intitulé *Traitement de la fièvre typhoïde ou entéro-mésentérique par le sulfure noir de mercure.* L'honorable professeur commence par établir que toute fièvre exanthématique, comme la fièvre typhoïde, se compose essentiellement de deux éléments distincts : 1° de l'exanthème qui en constitue le fond ; 2° du groupe de phénomènes que la présence de cet exanthème développe dans l'organisme, et entretient par sa présence ; ce groupe de phénomènes, que l'on désigne sous le nom générique de *fièvre,* constitue la forme de ces maladies. Du rapport qui existe entre l'exanthème et la fièvre, c'est-à-dire entre le *fond* et la *forme* de la maladie, dérivent les conditions fondamentales des fièvres exanthématiques. La principale de ces conditions réside dans le rapport proportionnel, qui se remarque d'une part entre l'intensité de l'exanthème, et de l'autre l'intensité corrélative des phénomènes fébriles. Si l'exanthème est discret ou peu intense, la fièvre est légère et discrète ; si, au contraire, l'exanthème est confluent, la fièvre est très-intense. Elle devient confluente aussi par l'altération qu'éprouve la composition du sang, et par les phénomènes de réaction qui se développent dans tout l'organisme. L'analogie que M. Serres établit ainsi entre la variole et la fièvre typhoïde, et les bons résultats qu'il a obtenus dans cette première maladie de l'emploi des moyens mercuriaux, comme abortifs de l'éruption, l'ont conduit à mettre en usage, contre la fièvre typhoïde, une méthode qui rappelle la méthode d'avortement des pustules varioliques par l'emplâtre de Vigo *cum*

mercurio; ce traitement se compose de l'administration du mercure à l'intérieur et à l'extérieur : à l'*intérieur*, sous forme de sulfure noir de mercure (éthiops minéral, 1 gramme; poudre de gomme adragant, 50 centigrammes; sirop simple, q. s. pour quatre pilules; quatre ou six pilules tous les deux jours); à l'*extérieur*, sous forme de pommade mercurielle, en frictions sur l'abdomen (8 ou 10 grammes, pour frictions ou onctions répétées tous les matins). Le traitement ainsi formulé peut, le plus souvent, être continué pendant huit ou dix jours, sans interruption, avant qu'on voie survenir de traces de stomatite. Lorsque la muqueuse gingivale et buccale commence à rougir, on suspend d'abord les frictions, et on diminue de moitié la dose du purgatif mercuriel, si on juge nécessaire de le continuer; en outre, on fait faire usage aux malades de gargarismes albumineux et de frictions avec des tranches de citron sur les gencives. Suivant M. Serres : 1° la fièvre et la céphalalgie sont influencées par ce traitement, dans un espace de temps qui varie entre vingt-quatre heures et sept jours; mais, en faisant abstraction de ce dernier terme, qui peut s'expliquer par l'intensité extrême de la maladie, c'est après deux ou trois jours que l'action du médicament est bien évidente. 2° Non-seulement la fièvre diminue, mais encore le pouls tombe au-dessous de la moyenne, par la continuation du purgatif mercuriel, et devient même d'une lenteur remarquable. 3° On ne voit pas survenir, pendant la durée du traitement, d'accidents adynamiques ou ataxiques, et, lorsqu'il y a de l'adynamie au début de l'affection, elle ne tarde pas à disparaître. 4° La quantité d'éthiops employé n'a pas dépassé 3 grammes pour obtenir ce résultat : plusieurs fois il n'en a été administré que 2 grammes. 5° Malgré l'usage simultané d'onctions mercurielles faites chaque jour, on a toujours été maître des accidents du côté de la bouche, qui n'ont jamais dépassé les limites d'une stomatite légère, dont les malades se sont plaints à peine; ces accidents ont, du reste, toujours préoccupé dans le cours de l'administration des mercuriaux. 6° La convalescence est établie d'une manière franche, le huitième ou quatorzième jour; et le retour à la santé a toujours eu lieu sans récidive. 7° Enfin, les malades, bien guéris, ne sont restés à l'hôpital que trente ou cinquante jours, bien qu'on ait cherché à les y retenir le plus longtemps possible, afin d'éviter les rechutes, et de les conserver davantage à l'observation.

A l'appui de ces conclusions, M. Serres a rapporté cinq observations qui, nous le disons à regret, ne suffisent pas pour lever tous

les doutes : d'une part, elles ne sont pas rapportées avec tous les détails convenables; de l'autre, quatre au moins de ces observations sont des exemples de fièvre typhoïde, de médiocre intensité, c'est-à-dire de ces affections dans lesquelles tous les traitements réussissent, par cela même qu'elles n'en auraient pas rigoureusement besoin. Si incomplètes que soient ces observations, on y voit clairement que l'administration de l'éthiops minéral n'a pas été suivie d'une amélioration aussi évidente et aussi rapide que veut bien le dire l'inventeur de cette méthode. Il nous a même paru, dans l'observation 4, que, sous l'influence de cette médication, les accidents avaient notablement augmenté. De nouvelles expériences apprendront sans doute ce qu'on doit penser de cette médication.

2° M. Andral a donné lecture à l'Académie d'une note sur la *nature du liquide sécrété par la membrane muqueuse des intestins dans le choléra*. Cette note est terminée par les conclusions suivantes: 1° La matière blanche qui remplit l'intestin des cholériques n'est point une partie même du sang, ainsi qu'on l'a souvent répété : on n'y trouve ni albumine, ni fibrine. 2° Cette matière n'est autre chose que du mucus, sécrété tout à coup en très-grande quantité, et modifié par cela même dans ses qualités. 3° Le caractère microscopique essentiel de cette matière, c'est l'existence dans son sein d'un nombre très-considérable de globules à noyaux, parfaitement semblables, quant à leur aspect, aux globules que l'on trouve dans le pus, bien que cette matière, sous aucun rapport, ne ressemble au pus. 4° L'examen du sang des cholériques montre que l'albumine du sérum s'y maintient dans sa proportion normale. 5° La théorie qui rapporte les symptômes de la période de cyanose du choléra à un changement que le sang aurait éprouvé dans sa composition, par suite d'une grande et subite déperdition de son sérum, ne saurait être admise.

M. Glüge, professeur à l'Université de Bruxelles, a écrit à l'Académie, à l'occasion de cette communication de M. Andral, pour dire qu'il a fait depuis longtemps des observations analogues, sur le liquide blanc qu'on trouve quelquefois dans l'intestin grêle des personnes mortes de la fièvre typhoïde. Il a vu que ce liquide contenait en suspension des cellules épithéliales de la muqueuse, plus ou moins développées, dont les noyaux isolés ressemblent en effet quelquefois aux globules du pus, mais n'en ont réellement que l'apparence.

3° M. Segond a présenté un mémoire sur les *modifications de la voix*

humaine qu'il résume ainsi : 1° le timbre n'est pas, comme le *ton* et l'*intensité*, une qualité simple du son : il dépend toujours d'un ensemble de circonstances. 2° Dans l'appareil vocal, les modifications du timbre résultent des conditions générales de l'organisme, et de l'action de toutes les parties de l'appareil phonateur; mais c'est particulièrement dans le tuyau vocal qu'on trouve la cause de ces modifications. 3° Le pharynx, la bouche et les cavités nasales, en agissant plus ou moins séparément, ou en combinant leur action, donnent au son des timbres très-variés. Si le tuyau a une grande dimension, le son augmente de volume et devient sourd ou *sombre*; le timbre est, au contraire, d'autant plus clair et criard, que les dimensions du tuyau sont plus petites. 4° Le timbre clair et le timbre sombre ont différents degrés; leur production ne résulte pas d'une forme particulière du tuyau vocal. La fixité du larynx, donnée comme un caractère distinctif du timbre sombre, peut appartenir également au timbre clair; de plus, si l'on exécute des *roulades* ou des *trilles* en timbre sombre, le larynx a toute sa mobilité. 5° Le timbre, improprement appelé *voix de gorge*, s'engendre toutes les fois que la glotte vibre avec un tuyau très-court. 6° Les voyelles, qu'on peut considérer comme des timbres, répondent à la forme et aux dimensions de la cavité buccale. 7° Lorsque le son traverse les cavités nasales, il peut se présenter trois cas principaux : A. La bouche étant fermée, si le son est poussé à travers les cavités nasales, celles-ci lui livrent passage, sans qu'il puisse s'y arrêter et y retentir, et le timbre est légèrement nasonné. B. Si l'écoulement du son peut se faire par la bouche, tandis que l'orifice extérieur des fosses nasales est fermé, le timbre devient extrêmement nasillard, si l'on dirige le son dans les cavités nasales; car il retentit dans toute son étendue. C. Si l'on dirige le son dans ces mêmes cavités, pendant que la bouche et le nez sont ouverts, l'écoulement se fera à la fois par ces deux points; mais le son pourra retentir dans la partie postérieure des fosses nasales; dans ce dernier cas, le timbre sera moins nasonné que dans le précédent, mais beaucoup plus que dans le premier. On voit, d'après cela, qu'il faut soigneusement distinguer le son qui s'écoule de ces cavités du son qui y retentit : c'est dans cette distinction que se trouve l'explication de tous les phénomènes de la voix nasonnée.

4° M. Chassaignac a adressé à l'Académie une lettre dans laquelle il expose quelques faits nouveaux relatifs à l'*ophthalmie purulente des nouveau-nés*. Sur les petits malades placés à l'hospice des

Enfants trouvés et atteints d'ophthalmie purulente, ce chirurgien a constaté qu'après une irrigation longtemps continuée sur la surface intérieure des paupières, et après l'expulsion complète de la matière purulente et muqueuse, il devient facile de reconnaître et d'étudier la pseudomembrane qui existe sur la plupart des petits enfants atteints de cette maladie. Cette membrane se présente sous l'aspect d'une couche grisâtre, demi-transparente, que le lavage plusieurs fois répété, et les douches tombant d'une certaine hauteur ne parviennent pas à enlever. En raclant légèrement cette couche, on reconnaît qu'elle est formée par une membrane, assez consistante pour se détacher d'une seule pièce quand on la décolle avec précaution; elle est très-fine, s'épaissit par l'action prolongée d'une chute d'eau; demi-transparente avant l'action de ce liquide, elle devient opaque quand elle y baigne depuis quelques instants. Elle tapisse toute la surface blépharo-scléroticale de la conjonctive. Sa présence, quoique réelle sur la cornée transparente, y est plus difficile à constater. Sa transparence avant l'immersion dans l'eau est telle qu'elle laisse apercevoir le rouge de la muqueuse, dont elle atténue à peine la vive coloration. Lorsqu'on est parvenu à la soulever dans un point de son étendue, et que l'on cherche à la décoller graduellement, on voit qu'elle se détache de proche en proche, à la manière d'une membrane adhérente, continue à elle-même dans toute ses parties. Cette espèce de tégument accidentel sur la muqueuse de l'œil et des paupières, est un obstacle à l'application directe des agents thérapeutiques sur la conjonctive malade, obstacle d'autant plus fâcheux qu'il est, selon toute apparence, presque toujours méconnu dans la pratique. M. Chassaignac a constaté la présence de cette membrane dans deux circonstances différentes : 1° dans des cas où il n'existait au-dessous d'elle aucune trace d'érosion sous-conjonctivale; 2° dans des cas où cette sérosité était tellement prononcée que la surface libre de la conjonctive ne différait pas d'une plaie récente, et fournissait une sécrétion purulente et sanguine à la fois. Il lui a semblé que dans tous les cas où cette membrane accidentelle avait été complétement enlevée, à l'aide de la pince à dissection, la marche de l'ophthalmie purulente avait été améliorée de la manière la plus sensible, soit par le seul fait de la disparition de ce corps étranger, soit par suite de l'action immédiate des agents thérapeutiques sur le tissu malade. Le second point sur lequel ce chirurgien appelle l'attention de l'Académie se rattache à l'action très-remarquable des douches conjonctivales, tombant d'une hauteur plus ou moins

considérable sur la surface de l'œil et des paupières. Cette action est telle que, dans un service où l'on avait à déplorer journellement la cécité d'un ou de plusieurs enfants nouveau-nés, par suite du ramollissement de la cornée, ramollissement qui est quelquefois complet au bout de quarante-huit heures, il n'y a pas eu, depuis l'établissement de l'irrigation, un seul exemple de cet accident funeste. Les conclusions que l'auteur se borne à donner pour le moment sont les suivantes : 1° L'ophthalmie purulente des nouveau-nés est, dans beaucoup de cas, sinon dans tous, une ophthalmie diphthéritique pseudomembraneuse. 2° La membrane diphtéritique est consistante, adhère fortement à la conjonctive, et ne peut en être détachée d'une manière complète ni par les lavages répétés, ni par le frottement d'un corps mou, comme une éponge ou un linge mouillé, tandis que, en la saisissant avec les pinces, on peut la retirer d'une seule pièce. 3° L'enlèvement de cette membrane hâte d'une manière notable la guérison de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. 4° Les douches conjonctivales et l'irrigation prolongée de l'œil et de la face interne des paupières amènent la guérison rapide de cette ophthalmie.

5° M. Melchior Robert a communiqué les résultats d'*expériences sur les gaînes tendineuses.* Voici les faits les plus remarquables qui ressortent de ces expériences : 1° la rétraction des tendons dans leurs gaînes à des hauteurs différentes après l'amputation ; leur action dans ces gaînes, analogue à celle d'un piston dans un corps de pompe ; 2° l'introduction dans ces gaînes d'un liquide ou d'air, selon que l'opération est faite dans l'un ou l'autre de ces milieux ; 3° l'introduction d'un liquide, mis à la surface de la plaie, dans le moment de l'extension du membre, son expulsion plus ou moins complète dans la flexion de ce membre ; 4° la possibilité de faire ressortir ce liquide au moyen de pressions méthodiques, ou de le retirer au moyen d'aspirations, lorsqu'il a été introduit ; 5° la possibilité d'empêcher la rétraction du tendon et l'introduction de l'air ou d'un liquide quelconque, en comprimant sur le trajet de la gaîne, pendant qu'on fait l'opération ; 6° enfin l'impossibilité où l'on se trouve de faire pénétrer, dans la gaîne, de l'eau ou de l'air, lorsqu'on l'a fermée au moyen d'une ligature. — Si, comme tout porte à le croire, les phénomènes observés sur le cadavre se produisent sur le vivant après les opérations, l'air et le sang qui s'introduisent dans les gaînes peuvent déterminer une inflammation, suivie de suppuration ; c'est une chance de plus de fusée purulente.

6° M. Sédillot a communiqué à l'Académie une note sur le *rétablissement spontané de la continuité de l'œsophage, à la suite de la section complète par la ligature*. Ses expériences sur la gastrotomie, dans lesquelles il a été conduit à lier l'œsophage, afin de supprimer toute intervention de la salive et des sucs muqueux bucco-pharyngiens, dans l'acte de la digestion, l'ont conduit à un résultat extrêmement surprenant; à l'examen anatomique d'un chien auquel il avait lié l'œsophage trois mois auparavant, il a retrouvé seulement un rétrécissement linéaire, transversal et fibreux, dans le point qu'avait dû couper la ligature, et la membrane muqueuse fortement plissée s'arrêtant très-nettement au niveau des bords supérieur et inférieur de la coarctation, et représentant un cordon circulaire de 1 à 2 millimètres environ de diamètre. De nouvelles expériences, qu'il a répétées une douzaine de fois, lui ont démontré qu'il en était toujours ainsi, et que la continuité du canal œsophagien n'était jamais interrompue, à la suite de la chute de la ligature.

7° M. Tavignot a communiqué à l'Académie une note sur la *salivation considérée comme moyen de prévenir les accidents inflammatoires après l'opération de la cataracte*. La plupart des praticiens étant d'accord pour reconnaître l'influence favorable qu'exerce la salivation sur la marche de l'iritis et de la kératite aiguë, M. Tavignot s'est demandé s'il ne serait pas, jusqu'à un certain point, possible de prévenir le développement de ces deux complications graves de la cataracte, en provoquant un commencement de salivation sur les malades qu'il devait soumettre à l'opération. L'expérience, dit M. Tavignot, est venue confirmer cette opinion. Trois malades ont été opérés par abaissement: un seul avait une cataracte double; il fut opéré le même jour des deux côtés. Sur le second, l'opération fut assez laborieuse, il survint une hémorrhagie abondante dans les chambres de l'œil. Le troisième était affecté d'une cataracte traumatique adhérente et compliquée en même temps de synéchie antérieure. Les trois opérés guérirent parfaitement bien dans un espace qui varia entre trois et cinq semaines. Chez aucun d'eux il ne survint d'accidents inflammatoires sérieux; un seul eut une légère conjonctivite. M. Tavignot ajoute qu'il convient de procéder à l'opération de la cataracte dès l'instant où apparaissent les prodromes de la salivation. On continue encore pendant deux ou trois jours l'administration du calomel additionné d'extrait thébaïque, de manière que le ptyalisme soit à son summum d'acuité juste à l'époque à laquelle

surviennent d'ordinaire les désordres résultant de l'iritis et de la kératite, c'est-à-dire du troisième au sixième jour après l'opération. Traitée convenablement, la salivation se prolonge encore en diminuant jusqu'au douzième ou quinzième jour. Passé cette époque, l'œil est, dans la majorité des cas, à l'abri d'une réaction phlegmasique grave et inquiétante.

Le travail de M. Tavignot a donné lieu à deux autres communications sur le même sujet : l'une, d'un oculiste belge qui réclame pour lui la priorité de cette méthode pour l'avoir consignée dans les *Annales d'oculistique*, il y a déjà plusieurs années ; l'autre, de M. Magne, qui a présenté quelques remarques critiques et qui repousse cette application des mercuriaux par plusieurs motifs : d'abord, parce qu'il est d'observation journalière que des personnes affectées de syphilis et saturées de mercure contractent néanmoins l'iritis syphilitique ; ensuite, parce que cette méthode expose à des souffrances graves pour n'éviter qu'un des nombreux accidents qui surviennent après l'opération de la cataracte ; enfin, parce que, en surveillant chaque jour l'œil opéré, il est facile de reconnaître l'iritis au début et d'y porter remède. La saignée, pratiquée la veille de l'opération, constitue d'ailleurs un meilleur moyen prophylactique que les mercuriaux.

8° M. Marchal (de Calvi) a adressé une note sur la *composition du sang dans le scorbut*. Cette note se résume dans les conclusions suivantes : 1° Il y a deux espèces principales de phénomènes hémorrhagiques, dans le scorbut : l'infiltration sanguine ou hémorrhagie interstitielle, et l'hémorrhagie proprement dite. 2° Chacune de ces espèces peut être interne ou externe. 3° Dans l'hémorrhagie interstitielle, les parties infiltrées peuvent réagir, s'enflammer. 4° On doit tenir compte de cette réaction, pour expliquer le maintien de la fibrine à son chiffre normal ou son élévation, dans le scorbut. 5° Dans l'hémorrhagie proprement dite, il est présumable que, comme il n'y a pas de réaction locale, le chiffre de la fibrine reste abaissé. 6° Jusqu'à présent, il n'y a pas lieu de réformer l'opinion d'après laquelle le sang est défibriné dans le scorbut. 7° Dût cette opinion être réformée, ce ne serait pas une raison pour nier la défibrination du sang dans les pyrexies, et la subordination des phénomènes hémorrhagiques observés dans cette classe de maladies, à cette circonstance. 8° Dans l'épidémie récente, à part les changements introduits dans le régime, une autre cause indéterminée a agi. 9° L'albumine et les globules sont diminués dans le scorbut ; cependant, en général, il n'y a pas d'hydropisie, pas de

bruits morbides artériels. 10° Quant à l'absence d'hydropisie, on peut s'en rendre compte facilement, le *défaut de formation* de l'albumine étant un fait très-différent de la *perte* de ce principe. 11° Le scorbut et le typhus ne sont pas analogues : dans l'un, il y a appauvrissement, dans l'autre, intoxication du sang.

9° M. Rivaillé a lu un mémoire sur l'*emploi des caustiques dans le traitement du cancer, des tumeurs scrofuleuses et dans quelques affections chirurgicales graves*, suivi de *considérations sur les avantages de l'alun calciné pour le pansement et la désinfection des plaies*. Suivant lui, 1° l'emploi des caustiques (acide azotique, caustique de Vienne, etc.) pour la destruction des cancers du sein, du col de l'utérus et d'autres organes, est, d'une manière générale, préférable à l'instrument tranchant. Les caustiques sont aussi sûrs dans leurs effets immédiats, et ils exposent moins à la récidive. 2° Le caustique qu'il emploie le plus souvent, surtout pour les tumeurs volumineuses, formées par des tissus fongueux disposés à fournir des hémorrhagies, est l'acide azotique concentré. Versé sur de la charpie, il donne bientôt à celle-ci la forme d'un gâteau demi-solide d'une sorte de pâte qui se moule exactement sur les parties avec lesquelles il est mis en contact : son action ne s'étend pas au delà. Avec ce caustique puissant, dit l'auteur, il a obtenu des résultats inespérés, et il n'a jamais eu à combattre la moindre hémorrhagie, ni des accidents inflammatoires sérieux. L'auteur a eu aussi à se louer du caustique de Vienne solidifié ; mais il a restreint son emploi aux tumeurs scrofuleuses et aux cancers durs peu disposés à fournir du sang. 3° Dans plusieurs cas très-graves, notamment dans une fracture comminutive des deux os de la jambe, suivie de nécrose, M. Rivaillé a eu recours à la cautérisation des parties molles, entourant les séquestres ; et il a sauvé ainsi de l'amputation un malade auquel on n'avait cru pouvoir proposer que ce seul moyen. 4° L'alun calciné, soit en nature, soit en dissolution, est, d'après son expérience acquise par l'observation d'un très-grand nombre de faits, un agent thérapeutique, qui est appelé à rendre de grands services, pour le pansement des plaies de toute nature : il est d'abord, comme moyen désinfectant, le plus efficace de tous ceux qu'on peut mettre en usage. Sous son influence, toute odeur putride, gangréneuse, ou autre, cesse promptement, et des plaies blafardes, fongueuses, de mauvais aspect, prennent bientôt une couleur vermeille, se détergent, et tendent à une cicatrisation régulière, exempte de difformités. En outre, l'alun peut avantageusement remplacer le quinquina, pour arrêter les progrès de la putridité, de la pourriture d'hôpital, de la gangrène.

10° M. le professeur Sédillot, de Strasbourg, a adressé à l'Académie une série d'observations relatives à l'*éthérisation*. Ces observations, au nombre de 50, qui ont toutes pour objet des opérations graves, pratiquées publiquement, ont pleinement confirmé l'auteur dans l'opinion qu'il avait précédemment avancée, savoir, qu'il n'y a pas de personne réfractaire à l'éthérisation : tous les malades qu'il y a soumis n'ont pas tardé à tomber dans une insensibilité absolue, et à présenter une résolution complète du système musculaire. La seule différence qu'il ait constatée a porté sur la rapidité avec laquelle l'éthérisation s'est effectuée. Cette rapidité était généralement en rapport avec l'ampleur et la régularité des inspirations. M. Sédillot s'est assuré que les enfants étaient plus sensibles à l'éther que les femmes, et celles-ci plus que les hommes. Néanmoins, parmi ces derniers, quelques-uns étaient comme sidérés en deux ou trois minutes, tandis que d'autres ne l'étaient qu'au bout de deux ou trois fois plus de temps. Des spasmes de la glotte, de la toux, du resserrement des mâchoires, etc., ont quelquefois beaucoup retardé l'éthérisation ; mais ces accidents étaient exceptionnels. M. Sédillot est convaincu qu'on peut entretenir l'insensibilité pendant très-longtemps, au moyen des inspirations d'éther intermittentes, et pratiquer ainsi sans douleur des opérations qui durent une heure ou une heure et demie ; enfin, quelques-unes des observations de M. Sédillot prouvent que l'éthérisation est parfaitement applicable aux opérations faites sur la bouche et sur la figure.

11° M. Fleuriau, de Bellevue, a transmis un mémoire sur *l'assainissement des terres basses, dont les eaux stagnantes ne peuvent s'écouler par aucun moyen naturel*. Il résulte des études auxquelles M. Fleuriau s'est livré sur l'état sanitaire de beaucoup de localités marématenses, tant en France que dans l'Italie méridionale, que les marais *inondés*, qui sont couverts de bois plantés sur des turcies, très-rapprochées les unes des autres, sont pour le moins aussi sains pendant l'été que les meilleurs terrains desséchés, en pleine culture. Le chiffre de la mortalité n'est, dans ces endroits, que d'un décès sur 42 ou 46 individus ; tandis que ce chiffre descend jusqu'à 25, même à 20 dans quelques localités desséchées, dont le sol est purement argileux, compacte, horizontal, et qui sont dénuées de bois ; par exemple, dans les pays où l'on ne voit que de vastes prairies naturelles très-sèches dans l'été, et sur lesquelles les eaux des orages restent stagnantes pendant plusieurs jours de suite. Dans cinq communes de la Nièvre niortaise et de la

Vendée, où d'anciens marais salants abandonnés avaient laissé des fonds de cave, séjour habituel des eaux croupissantes, la mortalité s'élevait, il y a quinze ou vingt ans, jusqu'à 1 décès sur 18, 17, même 16 habitants. M. Fleuriau propose en conséquence, toutes les fois que le percement du sol ou tout autre moyen plus simple est reconnu impraticable ou insuffisant, pour faire écouler les eaux stagnantes, de sacrifier une partie du terrain pour élever l'autre, afin d'encaisser en couches épaisses les eaux qui en couvrent la surface; puis, de les garantir de l'action du soleil par les ombrages, la faible épaisseur des eaux stagnantes et leur échauffement rapide étant les deux états qu'il importe essentiellement d'éviter.

12° M. Poggiale a présenté une note sur la *composition du sang des animaux nouveau-nés*. En voici les conclusions : 1° L'eau du sang du fœtus présente une moyenne peu élevée, tandis que la proportion des matières fixes est considérable. 2° Le sang du nouveau-né est très-riche en globules et pauvre en fibrine; 3° la quantité d'albumine et de matières grasses semble être à peu près la même chez le nouveau-né et chez l'adulte. 4° L'oxyde de fer est plus abondant dans le sang du nouveau-né.

13° M. Palasciano a adressé un mémoire *sur le muscle tenseur de l'aponévrose crurale et sur son rôle dans la luxation spontanée du genou*, qu'il résume dans les trois propositions suivantes : 1° Le muscle connu sous le nom de *tenseur de l'aponévrose crurale* finit par des fibres tendineuses très-évidentes, qui, unies à celles des fessiers, vont s'insérer à la tubérosité externe du tibia, et sont les agents de la rotation en dehors, et de l'abduction de la jambe fléchie; de manière que le muscle indiqué n'est pas le tenseur de l'aponévrose, comme on le croit généralement. 2° La luxation spontanée du genou est une affection complexe, qui résulte de la flexion, rotation et abduction de la jambe, glissement du tibia en arrière, et luxation de la rotule en dehors, et souvent est accompagnée d'ankylose plus ou moins complète de la jointure. Pour la guérir, il faut détruire tous les éléments qui la constituent; car elle n'est pas incurable, comme on l'a cru jusqu'à présent. 3° La section des tendons fléchisseurs du rotateur externe, et des muscles droit antérieur et vaste externe, et celle du ligament long latéral externe du genou, suivies de la rupture de l'ankylose, et de la réduction chirurgicale, sont les moyens thérapeutiques de cette affection.

III. *Variétés.*

Discussion médico-légale relative à l'empoisonnement du duc de Praslin.

L'effroyable événement qui a tant occupé et si profondément ému les esprits s'est terminé par l'empoisonnement et la mort de celui que tout désignait comme l'auteur de l'assassinat. Il ne s'est présenté d'extraordinaire dans le meurtre que l'acharnement furieux du meurtrier, et la médecine légale n'a eu qu'à constater et compter les nombreuses blessures portées à l'infortunée duchesse de Praslin. Nous ne nous occuperons donc pas de cette partie de l'enquête judiciaire. Mais la maladie et la mort de M. de Praslin ont soulevé des questions médico-légales d'une grande importance. On sait quelle agitation a été produite dans la cité par la nouvelle de l'empoisonnement du duc, quels injurieux soupçons s'élevèrent sur les chefs du ministère public et sur la haute cour à laquelle revenait le jugement du coupable. Ce que les hésitations d'une première surveillance avaient laissé faire, ce que l'incertitude des médecins ne permit pas dès l'abord de constater et de combattre, ce qui s'ensuivit dans la prison du Luxembourg, on l'attribua à une coupable tolérance, au désir d'arracher à la vindicte des lois, de sauver de la honte du supplice, un homme placé par ses titres, sa famille, sa richesse, au premier rang de la société. Les fautes et les erreurs les plus naturelles furent transformées par la malveillance et la prévention en intentions criminelles ; on ne craignit pas de diriger contre les hommes les plus honorables d'odieuses insinuations. Il était urgent de jeter du jour sur cette partie du sinistre drame de l'hôtel Praslin ; comme sur toutes les autres ; il était nécessaire de déterminer, en dehors des enquêtes civiles, et par les données de la science médicale, si la maladie et la mort de M. de Praslin devaient être rapportées à une époque antérieure au transfert de l'accusé dans la prison du Luxembourg. C'est ce qu'ont parfaitement traité et résolu, dans une remarquable consultation, MM. Orfila et Tardieu, chargés par M. le chancelier, président de la Cour des pairs, de répondre à diverses questions relatives surtout à ce sujet. Nous nous bornerons à reproduire cette consultation, la seule pièce du procès qui ait trait à une question litigieuse ; mais pour mettre à même de juger la discussion qui y est établie, nous résumerons les faits sur lesquels elle repose, c'est-à-dire l'histoire de la maladie de M. de Praslin, d'après les dépositions et les rapports adressés à M. le

président de la Cour des pairs. Nous ne pouvons nous empêcher, toutefois, de regretter que l'enquête sur les faits médicaux n'ait point été dirigée avec un ensemble et une rigueur qui ne laissent subsister ni les lacunes ni les contradictions; tels qu'ils sont, ils seront la matière de plus d'un enseignement sous le rapport de la médecine légale.

Il est difficile de dire d'une manière précise à quel moment et de quelle manière se sont manifestés les premiers symptômes de l'empoisonnement de M. de Praslin, dans la journée du mercredi 18, le jour même de l'assassinat de madame de Praslin: le seul médecin qui ait vu et assisté le duc dans cette journée n'a donné là-dessus que des détails peu circonstanciés. Suivant le chef de police préposé à la surveillance de M. de Praslin, celui-ci, qui, après la mort de sa femme, a été laissé seul et libre dans son appartement jusqu'à dix heures et demie du matin et même après, aurait dû prendre le poison avant cette heure: dans le cours de la journée, il serait allé plus de dix fois aux lieux d'aisance et aurait eu des vomissements. Le Dr Reymond, le médecin qui est resté dans l'hôtel près de M. de Praslin, ne parle des vomissements que comme n'ayant commencé qu'à dix heures du soir, et il n'aurait été appelé auprès du malade que vers ce moment. Le pouls était extrêmement faible; il n'y avait pas de douleur au ventre. Le Dr Reymond pensa avoir affaire à un état nerveux, résultat des émotions de la journée; il prescrivit des boissons glacées et du vin de Bordeaux frappé: les vomissements cessèrent, le malade parut plus calme, et M. Reymond se retira vers minuit.

La nuit fut mauvaise; mais M. de Praslin ne voulut pas qu'on rappelât le Dr Reymond. Ce ne fut qu'à sept heures du matin du jeudi 19 que ce médecin revit le malade. Son état, dit-il, était à peu près semblable à celui de la veille; les vomissements avaient reparu dans la nuit et dans la matinée. M. Reymond ne se rappelle pas s'il y eut des évacuations alvines.

M. le Dr Louis, médecin de la famille, voit pour la première fois le malade le jeudi, à onze heures, et le trouve dans l'état suivant: visage profondément altéré, yeux enfoncés dans leurs orbites, prostration extrême, froid glacial de toute la surface du corps et des membres; vomissements abondants et continuels de matières verdâtres, sans mélange de matières pulvérulentes; selles assez fréquentes; ventre plat, souple, non douloureux à la pression; pouls très-fréquent, presque insensible; soif vive. Depuis la veille au soir, époque à laquelle, suivant le Dr Reymond, les vomissements avaient commencé, le duc avait bu 4 à 5 litres d'eau et

d'eau de Seltz à la glace, et de temps en temps un peu de vin.

M. Louis prescrivit la continuation des mêmes moyens. Il ne considéra ces accidents que comme les symptômes d'un choléra spontané, dont le développement lui parut suffisamment expliqué par les événements du jour précédent. L'absence des symptômes ordinaires de l'empoisonnement par l'arsenic, des douleurs, du sentiment de brûlure dans toute l'étendue du tube digestif, et surtout l'éloignement de tout soupçon à l'égard de M. de Praslin, empêchèrent M. Louis de s'arrêter à l'idée d'un empoisonnement. Quoi qu'il en soit de cette préoccupation qui a écarté M. Louis de la véritable cause de la maladie, la haute moralité de ce médecin ne permet de l'attribuer qu'à une position particulière, et l'on peut d'ailleurs affirmer qu'elle n'a eu aucune influence sur le traitement et l'issue de la maladie. A l'époque où M. Louis arriva près du duc de Praslin, l'absorption du poison était assez considérable pour qu'il ne restât plus qu'à combattre les symptômes : l'emploi d'un contre-poison eût été parfaitement inutile ; les fréquentes évacuations avaient dû entraîner hors des voies digestives les substances toxiques. Or, dans la connaissance de l'empoisonnement, le traitement eût été peu différent de celui qui a été employé. Aurait-on eu recours, comme on l'a fait plus tard, aux diurétiques dans le but d'éliminer par les voies urinaires les molécules arsenicales transportées dans l'intérieur des organes par l'absoption? Mais cette abondance d'eau prise en boisson n'agissait-elle pas dans ce sens?

Peu de temps après la visite de M. Louis, l'état de M. Praslin parut s'aggraver. Le malade demanda un bain, qui fut apporté. Il s'y trouva assez mal pour qu'on l'en retirât presque aussitôt, il eut une syncope en y entrant et en en sortant. Placé alors sur un fauteuil, il eut une évacuation involontaire. Ce fauteuil, attendu la mauvaise odeur qu'il exhalait, fut transporté et laissé dans le jardin de l'hôtel. Plus tard, le 23, les taches restées sur le fauteuil et le coussin furent analysées par M. Chevallier, qui y reconnut des traces d'arsenic.

Le soir de ce même jour, jeudi, à neuf heures, M. Louis trouva le malade à peu près dans le même état ; seulement les vomissements avaient un peu diminué, mais le pouls était absolument insensible. A la demande de M. le procureur du Roi si le duc pouvait être transféré sans danger de la vie à la prison du Luxembourg, M. Louis répondit négativement.

Le vendredi 20, à huit heures du matin, le Dr Reymond trouve M. de Praslin dans un meilleur état ; il commençait à pouvoir supporter des bouillons frappés de glace. A neuf heures et demie,

heure de la visite de M. Louis, les vomissements avaient encore diminué, la prostration paraissait un peu moindre, le pouls commençait à devenir sensible, le refroidissement était le même, le ventre toujours indolore à la pression. On persiste dans l'administration des mêmes moyens, qui paraissaient avoir produit une certaine amélioration. Dans cette journée, on transféra M. de Praslin à un étage supérieur, et c'est alors qu'on trouva dans une des poches de la robe de chambre qui lui fut apportée une petite fiole contenant une substance blanche reconnue beaucoup plus tard pour de l'arsenic (cette robe de chambre était celle qui avait été mise par M. de Praslin lorsqu'on lui avait retiré celle qu'il portait au moment de la consommation du crime). Cette fiole fut remise au docteur Reymond, puis au procureur du Roi. M. Reymond dit n'avoir pu reconnaître la poudre qu'elle contenait. Il y a lieu de s'étonner de cette prétendue difficulté, quand on sait que la plus simple opération suffit à la résoudre : en effet, la moindre quantité d'arsenic projetée sur des charbons allumés exhale une forte odeur d'ail qui décèle aussitôt le poison. Il y a plus à s'étonner qu'on n'ait fait part ni à M. Louis ni à M. Andral de cette circonstance, de cette *trouvaille*, qui, dit-on, excita l'étonnement; du moins, il n'en est pas question dans les rapports et les dépositions.

Ce même jour, à deux heures, M. Andral fut commis officiellement par M. le chancelier pour juger de l'état de M. de Praslin et de la possibilité de le transférer à la prison du Luxembourg. M. Andral trouva le duc couché dans son lit. A la demande comment il se trouvait, il répondit qu'il était mieux. La parole est assez ferme, l'intelligence très-nette. Le malade n'accuse aucune douleur dans le ventre, et la pression n'en détermine aucune dans cette partie; il dit, et on répète autour de lui, qu'il a eu dans la nuit et dans la matinée plusieurs vomissements et quelques déjections alvines. Aspect naturel de la langue, respiration normale; mais petitesse extrême du pouls, qu'on pouvait à peine trouver et qui est très-irrégulier, et, d'autre part, froid glacial. M. Andral, dans son premier rapport à M. le chancelier, déclare grave l'état du duc, en raison des deux derniers symptômes, et pense qu'il n'est pas transportable dans le moment actuel. Cet état, il le regarde comme pouvant être le résultat des fortes émotions morales éprouvées, mais aussi comme pouvant être dû à l'ingestion d'un poison. Il pense, en conséquence, qu'il serait nécessaire de conserver à l'avenir toutes les matières évacuées, afin qu'elles soient analysées. Le soir, à onze heures, M. Andral trouve les forces

un peu relevées. Il n'y avait pas eu de nouvelles évacuations; le pouls a repris un développement suffisant, et est redevenu régulier, mais ayant encore une assez grande fréquence; les mains sont moins froides. Vu l'amélioration notable de la circulation, vu aussi l'état général du malade, M. Andral juge qu'il peut être transporté sans danger, mais couché et assisté d'un médecin.

Le samedi 21, à quatre heures du matin, le Dr Rouget, médecin de la maison d'arrêt du Luxembourg, se rend à l'hôtel de M. de Praslin pour l'accompagner dans son transfèrement à cette prison. Le duc s'habilla à l'aide des assistants, et fut porté sur un fauteuil jusqu'à la voiture. Le trajet s'est opéré sans accident: le malade a seulement éprouvé un refroidissement assez sensible des extrémités et une soif assez vive; il a bu en deux fois la valeur d'un verre d'eau. Arrivé au Luxembourg, à cinq heures quinze minutes, il a été porté à bras jusqu'au pied de l'escalier. S'apercevant de la fatigue de ses porteurs, il a voulu essayer de monter à l'aide de leurs bras seulement: il a ainsi monté les deux étages beaucoup plus facilement qu'on ne pouvait l'espérer. Il a été immédiatement déshabillé et mis au lit. Une heure après, il présentait l'état suivant; visage assez calme, seulement un peu coloré; regard un peu incertain; chaleur rétablie partout, excepté aux mains, qui sont fraîches plutôt que froides; oppression modérée; pouls assez développé, de 80 à 85 pulsations par minute; langue nette, soif très-vive, ventre sans douleur, ni vomissement, ni envie de vomir. Cet état de mieux a persisté jusqu'après l'interrogatoire que, au milieu de la journée, a fait subir au prévenu M. le chancelier. Jusque-là, rien n'avait été changé au traitement. Dans la soirée, l'état du malade s'était beaucoup aggravé: pouls petit, fréquent, filiforme; extrémités froides, oppression extrême; constriction très-forte de la gorge, ventre météorisé et un peu douloureux, absence complète d'urine depuis l'entrée au Luxembourg, déjections nulles. Le Dr Rouget, convaincu de l'empoisonnement par l'arsenic et s'attendant aux phénomènes d'une vive réaction, prescrit des boissons adoucissantes et diurétiques, des lavements avec la décoction de guimauve et de pavot, des embrocations avec l'huile d'amandes douces camphrée, des fomentations émollientes, du lait coupé, etc. (Rapport de M. Rouget.)

Le dimanche 22, mêmes symptômes, mais beaucoup plus intenses; constriction extrême de la gorge (le malade, quoique tourmenté par la soif, refuse de boire pour se soustraire à l'excessive douleur produite par la déglutition), sentiment de brûlure

depuis la bouche jusqu'à l'anus, ventre ballonné et douloureux au toucher ; pouls fréquent et irrégulier, tantôt fort, tantôt faible; oppression très-forte ; point de nausées, point de vomissements ; selle légère dans la soirée, à la suite d'un lavement émollient. (Ibid.)

Le lendemain matin 23, seconde selle décidée comme la veille par un lavement; urine rendue en très-petite quantité, malgré l'emploi des diurétiques. Ce sont les matières de ces déjections qui ont été analysées par M. Chevallier et dans lesquelles ce chimiste a trouvé une certaine quantité d'arsenic (Pièces de l'instruction).

A neuf heures du matin du même jour, visite de MM. Andral, Louis et Rouget, réunis. État aggravé depuis la veille; langue rouge et sèche ; soif incessante, mais déglutition extrêmement difficile ; ventre très-ballonné et douloureux, respiration devenue très-gênée, fièvre persistante, teinte d'un rouge brun répandue sur la face ; intégrité de l'intelligence. (4e rapport de M. Andral.) Dans la soirée, bain et application de 12 sangsues à l'anus. A minuit, malaise très-grand, défaillance occasionnée autant par la fatigue du bain que par le trouble amené par les sangsues. Cet état ne fut d'ailleurs que momentané; le reste de la nuit ne présenta rien de particulier, si ce n'est une complète insomnie. (Rapport de M. Rouget.)

Le mardi 24, les mêmes médecins se trouvent réunis, à sept heures du matin, auprès du malade. Il est tellement mal, qu'on présage une mort prochaine. La vue était devenue trouble, et la respiration ne s'accomplissait plus qu'avec une gêne extrême ; le pouls était fréquent et très-faible ; l'intelligence se conservait toujours intacte. A une heure, aggravation considérable des symptômes; la respiration s'embarrasse de plus en plus, les extrémités sont glacées, le pouls est à peine sensible ; l'intelligence s'est toujours conservée. Le duc est administré à trois heures et demie. Il était mort à quatre heures trente-cinq minutes. (4e rapport de M. Andral et rapport de M. Rouget.)

L'autopsie cadavérique fut faite vingt-cinq heures après la mort. Nous en extrairons ce qui peut avoir trait à l'empoisonnement seul. Rigidité assez marquée du cadavre; nombreuses sugillations et colorations violacées sur les membres et à la partie postérieure du corps. Une salive écumeuse s'échappe de la bouche, et le pourtour de l'anus est souillé par une assez grande quantité de matières fécales qui se sont écoulées hors de l'intestin. Les méninges sont intactes; on remarque seulement dans le tissu cellulaire sous-

arachnoïdien, au niveau des vaisseaux qui se ramifient entre les circonvolutions, une infiltration peu considérable de sérosité un peu louche. Le cerveau est sain ; on trouve une très-petite quantité de sérosité épanchée dans l'intérieur des ventricules.—Il n'existe pas de sang ni de sérosité épanchée dans la cavité thoracique; nulle adhérence ancienne ou récente. Les poumons ont un volume assez considérable et une consistance assez grande; engouement très-marqué et congestion sanguine à la partie postérieure; on trouve même dans l'épaisseur du tissu pulmonaire et à la surface, sous la plèvre, plusieurs noyaux de sang noir infiltré, ayant les caractères de l'apoplexie pulmonaire.—Cœur volumineux, à parois épaisses; le ventricule gauche renferme une petite quantité de sang liquide. A l'intérieur de cette cavité, sur les piliers et sur les différents points de la face interne du ventricule, on observe un grand nombre de petites taches hémorrhagiques disséminées, formées par du sang épanché sous la séreuse endocardique, et qui, dans quelques parties, pénètrent jusque dans l'épaisseur des colonnes charnues et du tissu propre du cœur. Le ventricule et l'oreillette droite sont distendus par un caillot volumineux, décoloré, fibrineux, qui se prolonge jusque dans l'artère pulmonaire.

L'arrière-gorge et l'œsophage n'offrent rien d'anormal.

L'estomac, détaché séparément et préalablement débarrassé des matières qu'il contenait, et qui se composaient d'une petite quantité de liquide brun, présente à sa face interne des lésions graves et caractéristiques. De l'extrémité du cardia jusqu'au pylore, il existe sept larges eschares, dont les dimensions varient de 2 à 4 centimètres, disséminées le long de la grande courbure. Les eschares sont noires, très-nettement circonscrites par un liseré d'un blanc jaunâtre. Le tissu est racorni et d'une consistance bien différente de celle des parties voisines. Autour de ces eschares, dans une petite étendue, la muqueuse gastrique est un peu ramollie et d'une coloration rouge foncée, due à une vascularisation inflammatoire. Les eschares n'intéressent pas toute l'épaisseur des parois de l'estomac ; il n'y a nulle part ni ulcération, ni perforation; la membrane interne est saine dans toutes les parties qui séparent les eschares.

Les matières contenues dans l'intestin sont recueillies comme celles que contenait l'estomac. L'intestin grêle, examiné dans toute son étendue, n'offre pas une seule eschare analogue à celles de l'estomac ; mais dans le duodénum et dans les dernières portions

de l'iléon, la membrane muqueuse est le siége d'une violente inflammation, caractérisée par une rougeur sombre, presque uniforme, résultant de l'injection très-considérable d'un grand nombre de petits vaisseaux capillaires. Cette membrane n'est d'ailleurs nulle part ulcérée ni détruite. Le reste de l'intestin n'est le siége d'aucune lésion.

Le foie, la rate et les autres viscères abdominaux, sont à l'état normal.

De cet examen cadavérique, les experts concluent que : 1° tout porte à penser que la mort de M. de Praslin résulte de l'ingestion d'une substance irritante ; 2° l'analyse chimique des viscères extraits du cadavre est nécessaire pour déterminer d'une manière positive la cause de la mort, la nature de la substance ingérée, et donner les moyens de répondre aux diverses questions posées dans l'ordonnance de M. le chancelier. (Procès-verbal de l'autopsie, signé Orfila, A. Tardieu, Rouget, Andral, Louis, Chayet.)

Par suite de l'ordonnance de M. le chancelier, MM. Orfila et A. Tardieu furent chargés « de procéder à l'analyse des parties intérieures du corps de M. de Praslin, dans le but de constater les causes de sa mort, et de rechercher à quelles substances elle doit être attribuée, à quelle époque les substances auraient pu être ingérées par le détenu, et si leur action a pu être contrariée ou détruite par d'autres agents. »

Nous ne reproduirons pas les diverses opérations chimiques auxquelles se sont livrés les experts, et qui sont décrites dans leur rapport ; il nous suffit, pour ce que nous avons en vue, d'en donner les résultats. Ces opérations ont porté sur le foie, sur l'estomac et les matières qu'il contenait, sur les intestins, enfin sur une certaine quantité d'urine rendue dans les derniers moments de la vie. Ces diverses parties, à l'exception de l'urine, ont donné une certaine quantité d'arsenic. Les experts font remarquer que l'absence du poison dans l'urine n'a rien qui doive surprendre, puisqu'il a été démontré par les expériences de l'un d'eux (M. Orfila) que l'on peut trouver de l'arsenic dans l'urine à telle époque de l'empoisonnement et ne pas en retrouver plus tard. Nous donnons maintenant textuellement la consultation de MM. Orfila et Tardieu en réponse aux questions posées par M. le chancelier.

1re Question. *Constater les causes de la mort de M. le duc Praslin.* — L'analyse chimique a pleinement confirmé les données de l'autopsie cadavérique, et permet d'affirmer que la mort de M. le duc de Praslin est le résultat d'un empoisonnement. Non-

seulement le poison a laissé des traces de son passage dans le tube digestif, mais il a été absorbé et porté dans tous les tissus, en altérant jusque dans leur source les éléments même de la vie.

2e Question. *Rechercher à quelle substance la mort doit être attribuée.* — Les lésions organiques révélées par l'autopsie cadavérique, notamment les eschares constatées dans l'estomac, et surtout les taches hémorrhagiques qui existaient à la face interne du cœur, indiquaient déjà comme très-problable l'ingestion d'une préparation arsenicale.

Les recherches chimiques auxquelles nous avons soumis les viscères extraits du cadavre de M. de Praslin démontrent, d'une manière incontestable, qu'en effet le poison ingéré est un composé arsenical.

Nous n'avons pas dû rechercher quelle quantité de substance toxique pouvait avoir été prise; car, en thèse générale, cette question ne doit jamais être posée ni résolue. Comme, dans aucun cas, il n'est possible de savoir en quelle proportion le poison, disséminé dans tout le corps, se trouve dans tel ou tel organe; comme les variations de l'absorption, le nombre des évacuations et les différents modes d'excrétion, font nécessairement varier la quantité de poison éliminé, et que celle-ci reste toujours et nécessairement indéterminée; comme, d'un autre côté, il arrive constamment qu'une partie du toxique est perdue par le fait même de l'opération, quel que soit le procédé mis en usage, on comprend qu'il ne faut jamais chercher à résoudre le problème dont il s'agit, et que la seule chose véritablement importante est de constater la présence du poison et sa nature.

Nous nous bornons donc à affirmer que M. de Praslin est mort empoisonné par une préparation arsenicale.

3e Question. *A quelle époque les substances toxiques ont-elles pu être ingérées?* — Pour résoudre cette question, il est nécessaire de fixer d'abord, avec le plus de précision possible, l'état physique dans lequel s'est trouvé M. de Praslin depuis la découverte du crime jusqu'à sa mort, l'époque à laquelle ont paru les premiers symptômes de l'empoisonnement et la marche qu'ils ont suivie. Nous avons donc à rechercher si, dans les pièces de la procédure, dans les faits officiellement constatés ou dans ceux dont nous aurions été les témoins, si enfin dans les circonstances matérielles établies par l'enquête judiciaire, nous trouvons quelques renseignements propres à nous éclairer sur ces différents points.

Un premier fait qu'il importe de mentionner, c'est qu'une petite fiole contenant de l'acide arsénieux a été trouvée dans la poche

de la robe de chambre de M. de Praslin, le vendredi 20 août, à deux heures, lorsqu'on l'a transporté du rez-de-chaussée au second étage, ainsi que cela résulte du procès-verbal de perquisition en date de ce jour. Cette robe de chambre, en laine de couleur brune, doublée de bleu, avait été donnée à M. de Praslin le 18, vers dix heures du matin, au moment où M. le procureur du Roi et M. le juge d'instruction l'ont fait changer de robe de chambre et de pantalon. On peut donc regarder comme établi que, avant ce changement de vêtement, M. de Praslin ne pouvait pas avoir encore le poison entre les mains, puisque ces premiers vêtements avaient été immédiatement mis sous scellé, et qu'ils ne contenaient pas le poison : celui-ci n'a en effet été retrouvé que plus tard, dans la robe de chambre brune que M. de Praslin a gardée constamment depuis le moment où il a quitté la première, dont la couleur était grise.

Les déclarations de M. de Praslin ont occupé une grande partie de cette première matinée, et ont duré jusqu'à l'heure où l'on a procédé à l'autopsie de madame la duchesse, c'est-à-dire à midi trois quarts ; jusque-là, il paraît impossible que le poison ait été pris.

La première observation médicale dont M. de Praslin ait été l'objet est la visite ordonnée par les magistrats instructeurs dans le but de rechercher sur sa personne des traces de blessures pouvant être le résultat d'une lutte. L'un de nous a assisté à cette visite en qualité d'expert. Or, elle a eu lieu immédiatement après l'autopsie de madame la duchesse, c'est-à-dire vers trois heures trois quarts. M. de Praslin a été examiné dans le cabinet attenant à sa chambre à coucher, et dans lequel se trouvaient seulement avec lui les médecins chargés de le visiter et deux agents. Il s'est déshabillé complétement, et les médecins l'ont quitté avant qu'il eût repris ses vêtements, le laissant dans le cabinet où il s'est rhabillé. Or, au moment de cette visite, rien n'indiquait chez M. de Praslin le moindre trouble, la moindre souffrance physique ; ses mouvements et sa parole étaient parfaitement libres. La chaleur de la peau était normale, le pouls à peine accéléré ; le teint un peu pâle, mais pas plus que ne le comportait une émotion contenue. Il est donc extrêmement vraisemblable qu'à cette heure de la première journée, c'est-à-dire à quatre heures moins un quart, le poison n'avait pas encore été ingéré.

C'est vers dix heures, dans la soirée du même jour, que paraissent les premiers vomissements, ainsi que cela résulte de l'importante déposition de M. le Dr Reymond ; à minuit, ce médecin laisse

le duc très-affaissé, avec un pouls extrêmement faible, symptôme que l'on observé quelquefois dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux.

En partant de cette donnée, peut-on déterminer le temps qui a dû séparer l'ingestion du poison de l'apparition de ses premiers effets? Il n'y a rien d'absolu à cet égard. Plusieurs circonstances peuvent faire varier la limite et retarder plus ou moins la manifestation des symptômes de l'intoxication arsenicale. La forme du poison, pris solide ou dissous, en morceaux ou en poudre très-fine; la présence ou l'absence de liquides acides ou non dans l'estomac; la plénitude ou la vacuité de ce viscère; la rapidité ou la lenteur avec laquelle a lieu l'absorption, accélèrent ou ralentissent l'action du poison. Ici, l'acide arsénieux, pris à l'état solide et grossièrement pulvérisé, sans qu'il y ait eu ingestion d'une grande quantité de liquide, a pu ne révéler sa présence qu'après un certain temps; mais, en fixant le terme le plus reculé, on ne peut guère admettre, à moins de circonstances particulières sur lesquelles nous reviendrons, que ses effets se soient fait attendre plus de trois ou quatre heures. C'est donc vers la fin de la journée du mercredi 18 août que l'on peut, avec le plus de vraisemblance, fixer l'époque de l'ingestion du poison.

Y a-t-il maintenant dans la marche des symptômes quelque chose qui puisse faire croire que plusieurs doses de poison aient été prises à des époques plus rapprochées du moment de la mort? Rien ne l'indique. En effet, si nous suivons le développement de la maladie et si nous résumons à ce point de vue les observations de MM. les docteurs Reymond et Chayet, qui ont veillé jour et nuit M. de Praslin, et de M. Rouget, médecin de la maison de justice affectée à la Cour des pairs, lequel a présidé à la translation de M. le duc de son hôtel à la prison, nous voyons que les vomissements, commencés le mercredi à dix heures du soir, ont continué pendant la nuit et n'ont cessé que dans la matinée du lendemain. Cette cessation des vomissements a pu en imposer et faire croire à une sédation des accidents et à une amélioration réelle. Celle-ci n'a été qu'apparente, car d'autres symptômes témoignent que M. de Praslin était toujours sous l'influence du poison. Plusieurs syncopes dans le bain, des évacuations involontaires, une grande prostration, une soif ardente, une extrême faiblesse du pouls : tels sont les phénomènes morbides constatés pendant les journées du jeudi et du vendredi. Cela est si vrai que, pour faire passer M. de Praslin d'une chambre du rez-de-

chaussée à une autre du second étage, on est obligé de le porter sur un fauteuil.

Transféré au Luxembourg, le samedi matin 21, M. de Praslin supporte le trajet, tout en se plaignant d'une soif insupportable. Pendant son séjour dans la maison de justice, les vomissements ne reparaissent pas; mais la faiblesse, la prostration augmentent; les extrémités deviennent froides et cyanosées, les garde-robes sont toujours liquides, l'urine rare, le pouls faible, l'intelligence intacte. Quelques mouvements spasmodiques précèdent la mort, qui arrive mardi 24, à quatre heures trente-cinq minutes du soir, c'est-à-dire le sixième jour après l'ingestion du poison.

C'est bien là la marche, ce sont bien là les symptômes de l'empoisonnement par l'acide arsénieux, et il n'est nullement nécessaire, pour expliquer la mort tardive, d'admettre l'ingestion d'une nouvelle prise de poison à une époque éloignée de la première. Si les vomissements ont cessé, ce n'est pas parce que l'état de M. de Praslin s'améliorait; nous pourrions, au besoin, citer un grand nombre de faits dans lesquels des malades empoisonnés par l'acide arsénieux ont péri quelques jours après avoir cessé de vomir, quoiqu'ils n'eussent pas pris une nouvelle dose de poison.

Tout a donc été naturel et parfaitement en rapport avec les données de l'expérience dans la marche de l'empoisonnement de M. de Praslin.

4e Question. *Si l'action des substances toxiques a pu être contrariée ou détruite par d'autres agents.* — Il n'est pas impossible qu'un narcotique puisse, dans certains cas, en paralysant l'action absorbante de la membrane interne de l'estomac, retarder et même détruire les effets d'un poison tel que l'arsenic. L'un de nous a démontré, par des expériences récentes, qu'à l'aide de faibles doses d'un composé opiacé, on parvient à diminuer les vomissements ou à en retarder l'apparition, à rendre les douleurs moins aiguës, et à prolonger la vie.

Si donc il était établi que M. de Praslin ait pris un mélange d'acide arsénieux et d'opium ou de laudanum, il serait possible que ces dernières substances eussent retardé pendant quelques heures l'apparition des vomissements. Mais rien n'autorise une semblable supposition; les symptômes observés pendant la vie, les recherches anatomiques et chimiques opérées après la mort, tendent même à prouver le contraire.

Ajoutons que cette circonstance ne changerait pas ce que nous

avons dit au sujet de l'heure à laquelle le poison aurait été ingéré; car si le mélange arsenical et opiacé eût été pris avant la visite qu'a subie M. de Praslin, c'est-à-dire le mercredi 18, à trois heures et demie, il se serait trouvé, ainsi qu'on l'a vu dans les expériences dont nous avons parlé, sous l'influence de l'opium pendant l'examen des premiers médecins, et celui de nous qui y a pris part affirme que rien ne dénotait à cet instant chez M. de Praslin l'action d'un narcotique.

Conclusions. — Il résulte des symptômes observés pendant la maladie de M. de Praslin, des altérations organiques constatées après la mort, et des recherches chimiques auxquelles nous nous sommes livrés :

1° Que M. de Praslin est mort empoisonné par une préparation arsenicale;

2° Que l'ingestion du poison a très-probablement eu lieu vers la fin de la journée du mercredi 18 août, après quatre heures et avant dix heures du soir;

3° Que la marche des symptômes a été régulière et telle qu'on l'observe dans les empoisonnements par l'acide arsénieux;

4° Que la cessation des vomissements ne doit pas être attribuée à une amélioration, même momentanée, qui se serait manifestée dans l'état du malade, puisqu'il a continué à être en proie à des symptômes graves d'intoxication arsenicale;

5° Que la mort, quoique tardive en apparence, peut être l'effet naturel de la quantité d'acide arsénieux ingéré six jours auparavant.

Paris, le 28 août 1847. *Signé :* Orfila, A. Tardieu.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des rétrécissements organiques de l'urèthre, emploi méthodique des dilatateurs mécaniques dans le traitement de ces maladies ; par Victor Perrève. 1 vol. in-8°, chez J.-B. Baillière, Paris, 1847.

Tuto, cito, jucunde et *æterno*, tels sont les résultats auxquels prétend arriver M. Perrève dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre; tels sont du moins les quatre mots par lesquels l'auteur se complaît à résumer lui-même les avantages de sa nouvelle méthode. *Tuto*, c'est-à-dire que désormais, au moyen des dilatateurs mécaniques, on sera certain de guérir tous les rétrécissements possibles de l'urèthre; *cito*, c'est-à-dire que vous les guérirez

en quelques jours, au lieu des semaines, des mois, des années que demandent souvent les autres méthodes; tout cela *jucunde*, parce que le malade sera dans une agréable tranquillité en suivant ce traitement, et parce que le chirurgien *pourra aller, venir, manger, dormir, sans s'inquiéter en aucune manière des conséquences de l'opération* (*sic*). Ce n'est pas tout encore : non-seulement vous serez guéri, mais vous le serez pour toujours; vous ne serez plus exposé à ces récidives qui trop souvent désolent les malades et les chirurgiens, *æterno*. Ne sont-ce pas là de bonnes paroles, et ne vous semble-t-il pas que M. Perrève a réalisé l'âge d'or pour les malheureux atteints de rétrécissements uréthraux?

Serait-ce que cette complaisance de l'auteur pour sa propre méthode nous a rendu sévère et difficile, ou bien serait-ce que le jugement prononcé sur les travaux de M. Perrève, par une première commission de l'Académie, nous avait à l'avance trop favorablement prévenu? La vérité est qu'aujourd'hui, après avoir lu ce nouveau traité des rétrécissements de l'urèthre, nous sommes étonné de ne pas le trouver meilleur, et nous ressentons le mécontentement que donne une illusion déçue. Nous allons mettre le lecteur à même de juger lui-même si cette impression est fondée.

M. Perrève commence par quelques considérations anatomiques, suivant l'usage reçu. Il cherche à démontrer que les portions prostatique et membraneuse de l'urèthre sont dirigées perpendiculairement, verticalement. Cette disposition n'a point été signalée par les auteurs, et nous ne la croyons pas exacte. Nous persistons à penser que les deux premières portions de l'urèthre sont, comme tout le monde l'indique, non pas verticales, mais obliques, d'arrière en avant et de haut en bas.

L'auteur arrive ensuite à l'étude des rétrécissements. Ici nous ne trouvons rien de neuf dans l'exposé des causes, des symptômes, du pronostic; tout ce qui concerne la partie scientifique de ce sujet nous a paru au contraire tronqué et incomplet. Ce qui nous frappe seulement çà et là, ce sont des descriptions infidèles ou exagérées, dont nous citerons un exemple; il est question du pronostic des rétrécissements, et voici ce que nous trouvons : «Une maladie qui développe l'inflammation et ses douleurs... qui engendre l'incontinence d'urine, infirmité dégoûtante à tous égards, qui amène tôt ou tard la rétention d'urine, sinistre qui donne quelquefois la mort en deux jours... qui engendre la gravelle et la pierre, dont tout le monde connaît les conséquences fâcheuses... qui peut causer la mort sous mille formes différentes, n'est-elle pas une maladie terrible? Est-ce à tort qu'on l'a mise au nombre des maladies les plus affligeantes? *En est-il une qui compte autant de suicides?*» Nous le demandons, est-ce ainsi que doit s'écrire un livre sérieux et scientifique? Sans doute, il y a du vrai dans quelques-unes de ces paroles; mais pourquoi prendre l'exception pour la règle? pourquoi donc assombrir ainsi un tableau triste, sans doute, mais dont les couleurs ne revêtent que chez certains sujets, et à une époque éloignée du début de la maladie, ces nuances que l'auteur paraît vouloir assigner à tous les cas possibles?

Si encore nous rencontrions dans cette partie de l'ouvrage quelque description sage, quelque vue nouvelle, fruit d'une observation exacte, et dont le praticien pût faire son profit! Mais non; en vain feuilletons-nous les pages de ce livre, nous trouvons à chaque instant ou des banalités, ou des exagérations, ou des erreurs. Veut-on savoir, par exemple, pourquoi les malades atteints de rétrécissements ont tant de peine à projeter l'urine, pourquoi la vessie se débarrasse si difficilement : c'est parce que cet organe devient trop faible. L'auteur n'oublie-t-il pas ici que le tissu musculaire se développe précisément en raison de l'exercice, et que la vessie en particulier s'hypertrophie en raison de ses efforts de contraction pour vaincre un obstacle? Tout le monde ne sait-il pas, enfin, que la vessie, en pareil cas, loin de s'affaiblir, devient ordinairement plus épaisse et plus forte?

Mais hâtons-nous d'arriver au traitement : là, du moins, nous allons voir quelque chose de neuf et d'original, qui nous dédommagera peut-être. L'auteur a fort bien exposé les inconvénients, il vaudrait mieux dire l'insuffisance de la méthode par dilatation graduelle; il a essayé, dans un chapitre assez piquant, de faire ressortir les promesses pompeuses de la cautérisation, et l'oubli dans lequel elle est justement tombée. Traitement long, souvent douloureux, quelquefois occasionnant un mouvement fébrile, une cystite, une orchite, récidives fréquentes : tels sont les reproches adressés par M. Perrève à ces deux méthodes principales.

Et maintenant, comment l'auteur se met-il à l'abri de ces reproches? comment arrive-t-il aux résultats annoncés par les quatre mots que nous avons cités tout à l'heure? au moyen d'un procédé qui a pour but de produire une dilatation brusque et rapide du rétrécissement. L'instrument dont il se sert est composé de deux tiges dites uréthrales, articulées à leur extrémité vésicale, et pouvant, au moyen de cette articulation, s'écarter ou se rapprocher l'une de l'autre. Les deux pièces, réunies de manière à représenter une sonde ordinaire, sont introduites dans l'urèthre; on place alors entre elles un mandrin plus ou moins volumineux, que l'on fait glisser sur un conducteur. Ce mandrin force les tiges à s'écarter, et leur écartement amène forcément la dilatation des points rétrécis. Il y a des dilatateurs droits et d'autres courbes; leur volume est variable; on peut choisir entre sept numéros.

Le traitement se fait en plusieurs séances : dans la première, on porte la dilatation à 2 lignes et demie ou 3 lignes; la seconde séance se fait au bout de trois ou quatre jours, pour que l'inflammation produite ait le temps de se dissiper; à la quatrième ou cinquième séance, la dilatation est portée à 3 lignes et demie; on s'arrête alors, mais il est nécessaire de placer des bougies ordinaires pendant un certain temps, pour que la dilatation obtenue se maintienne.

Telle est la méthode, voici maintenant la théorie : Les tissus de l'économie ont d'autant moins de tendance à revenir sur eux-mêmes, qu'ils ont été mécaniquement plus fortement distendus. Par une distension brusque, on peut les amener à perdre pour toujours leur puissance de rétraction; c'est de cette manière que

les dilatateurs amènent ou doivent amener, suivant l'auteur, la guérison des rétrécissements.

Pour compléter ou justifier cette théorie, M. Perrève aurait dû se demander si les instruments dont il se sert n'agissent pas quelquefois autrement que par une simple distension; si, par exemple, ils ne sont pas susceptibles de contondre et surtout de déchirer les tissus malades. Nous avons, pour notre part, de bonnes raisons pour croire qu'il doit en être ainsi, et pour penser que le travail inflammatoire consécutif à ces contusions, à ces déchirures produites par la dilatation brusque, est bien capable d'amener, dans le canal uréthral, la formation d'un tissu disposé à se rétrécir de nouveau. Il nous paraît, en outre, que la dilatation brusque, par la manière même dont elle agit, doit donner lieu parfois à des réactions fébriles. L'auteur a, selon nous, glissé trop rapidement sur ces points, et n'a pas apporté un assez grand nombre de bonnes raisons pour justifier ses expressions *tuto, æterno*.

On comprend, toutefois, qu'il ne nous est pas permis de nous prononcer encore sur la valeur réelle de cette nouvelle méthode; il faudrait, pour le faire convenablement, que nous fussions éclairé par des faits exacts. L'auteur, il est vrai, a cité une douzaine d'observations; mais, sans atténuer en rien sa bonne foi, il nous est bien permis de dire que les observations rapportées par l'auteur même d'une méthode sont toujours insuffisantes. Lisez le livre de Ducamp sur la cautérisation, vous y trouverez également beaucoup de guérisons rapportées avec cet enthousiasme qui fascine trop souvent les inventeurs d'une idée, d'une méthode; et cependant la cautérisation, comme l'a fort bien remarqué M. Perrève, n'a pu rester comme méthode générale. D'ailleurs, pour les malades traités avec les dilatateurs, la question des récidives n'est pas jugée; l'épreuve du temps est indispensable.

Pour nous résumer, l'auteur de ce livre n'est pas entré dans tous les développements qui eussent été nécessaires pour faire comprendre le mode d'action et tous les avantages des dilatateurs mécaniques, et nous craignons qu'il se soit abusé sur leur supériorité. Nous pensons, *a priori*, que cette méthode pourra être employée utilement, et qu'il n'y a pas imprudence à l'essayer; mais l'avenir seul permettra de se prononcer sur sa valeur définitive. A supposer, d'ailleurs, que cet avenir soit heureux, et que la méthode de M. Perrève soit un jour proclamée supérieure à toutes les autres, nous aurons toujours le regret de n'avoir pu nous exprimer plus favorablement sur l'ouvrage qui l'aura fait connaître. G.

De la lithotripsie sans fragments, au moyen des deux procédés de l'extraction immédiate ou de la pulvérisation immédiate des pierres vésicales par les voies naturelles; par le baron HEURTELOUP. 1 vol. in-8° avec planches, chez Labé; Paris, 1847.

Pour qui voudrait accepter, dans toute sa rigueur, le titre long et pompeux que nous venons de transcrire, il y aurait lieu de penser que la lithotritie vient de faire un grand pas, et qu'elle a réalisé une de ses premières espérances, le broiement sans fragments, la pulvérisation, l'extraction immédiate. Hélas! il n'en est pas tout

Si encore nous rencontrions dans cette partie de l'ouvrage quelque description sage, quelque vue nouvelle, fruit d'une observation exacte, et dont le praticien pût faire son profit! Mais non; en vain feuilletons-nous les pages de ce livre, nous trouvons à chaque instant ou des banalités, ou des exagérations, ou des erreurs. Veut-on savoir, par exemple, pourquoi les malades atteints de rétrécissements ont tant de peine à projeter l'urine, pourquoi la vessie se débarrasse si difficilement : c'est parce que cet organe devient trop faible. L'auteur n'oublie-t-il pas ici que le tissu musculaire se développe précisément en raison de l'exercice, et que la vessie en particulier s'hypertrophie en raison de ses efforts de contraction pour vaincre un obstacle? Tout le monde ne sait-il pas, enfin, que la vessie, en pareil cas, loin de s'affaiblir, devient ordinairement plus épaisse et plus forte?

Mais hâtons-nous d'arriver au traitement : là, du moins, nous allons voir quelque chose de neuf et d'original, qui nous dédommagera peut-être. L'auteur a fort bien exposé les inconvénients, il vaudrait mieux dire l'insuffisance de la méthode par dilatation graduelle; il a essayé, dans un chapitre assez piquant, de faire ressortir les promesses pompeuses de la cautérisation, et l'oubli dans lequel elle est justement tombée. Traitement long, souvent douloureux, quelquefois occasionnant un mouvement fébrile, une cystite, une orchite, récidives fréquentes: tels sont les reproches adressés par M. Perrève à ces deux méthodes principales.

Et maintenant, comment l'auteur se met-il à l'abri de ces reproches? comment arrive-t-il aux résultats annoncés par les quatre mots que nous avons cités tout à l'heure? au moyen d'un procédé qui a pour but de produire une dilatation brusque et rapide du rétrécissement. L'instrument dont il se sert est composé de deux tiges dites urétbrales, articulées à leur extrémité vésicale, et pouvant, au moyen de cette articulation, s'écarter ou se rapprocher l'une de l'autre. Les deux pièces, réunies de manière à représenter une sonde ordinaire, sont introduites dans l'urèthre; on place alors entre elles un mandrin plus ou moins volumineux, que l'on fait glisser sur un conducteur. Ce mandrin force les tiges à s'écarter, et leur écartement amène forcément la dilatation des points rétrécis. Il y a des dilatateurs droits et d'autres courbes; leur volume est variable; on peut choisir entre sept numéros.

Le traitement se fait en plusieurs séances: dans la première, on porte la dilatation à 2 lignes et demie ou 3 lignes; la seconde séance se fait au bout de trois ou quatre jours, pour que l'inflammation produite ait le temps de se dissiper; à la quatrième ou cinquième séance, la dilatation est portée à 3 lignes et demie; on s'arrête alors, mais il est nécessaire de placer des bougies ordinaires pendant un certain temps, pour que la dilatation obtenue se maintienne.

Telle est la méthode, voici maintenant la théorie : Les tissus de l'économie ont d'autant moins de tendance à revenir sur eux-mêmes, qu'ils ont été mécaniquement plus fortement distendus. Par une distension brusque, on peut les amener à perdre pour toujours leur puissance de rétraction; c'est de cette manière que

les dilatateurs amènent ou doivent amener, suivant l'auteur, la guérison des rétrécissements.

Pour compléter ou justifier cette théorie, M. Perrève aurait dû se demander si les instruments dont il se sert n'agissent pas quelquefois autrement que par une simple distension; si, par exemple, ils ne sont pas susceptibles de contondre et surtout de déchirer les tissus malades. Nous avons, pour notre part, de bonnes raisons pour croire qu'il doit en être ainsi, et pour penser que le travail inflammatoire consécutif à ces contusions, à ces déchirures produites par la dilatation brusque, est bien capable d'amener, dans le canal uréthral, la formation d'un tissu disposé à se rétrécir de nouveau. Il nous paraît, en outre, que la dilatation brusque, par la manière même dont elle agit, doit donner lieu parfois à des réactions fébriles. L'auteur a, selon nous, glissé trop rapidement sur ces points, et n'a pas apporté un assez grand nombre de bonnes raisons pour justifier ses expressions *tuto, æterno*.

On comprend, toutefois, qu'il ne nous est pas permis de nous prononcer encore sur la valeur réelle de cette nouvelle méthode; il faudrait, pour le faire convenablement, que nous fussions éclairé par des faits exacts. L'auteur, il est vrai, a cité une douzaine d'observations; mais, sans atténuer en rien sa bonne foi, il nous est bien permis de dire que les observations rapportées par l'auteur même d'une méthode sont toujours insuffisantes. Lisez le livre de Ducamp sur la cautérisation, vous y trouverez également beaucoup de guérisons rapportées avec cet enthousiasme qui fascine trop souvent les inventeurs d'une idée, d'une méthode; et cependant la cautérisation, comme l'a fort bien remarqué M. Perrève, n'a pu rester comme méthode générale. D'ailleurs, pour les malades traités avec les dilatateurs, la question des récidives n'est pas jugée; l'épreuve du temps est indispensable.

Pour nous résumer, l'auteur de ce livre n'est pas entré dans tous les développements qui eussent été nécessaires pour faire comprendre le mode d'action et tous les avantages des dilatateurs mécaniques, et nous craignons qu'il se soit abusé sur leur supériorité. Nous pensons, *a priori*, que cette méthode pourra être employée utilement, et qu'il n'y a pas imprudence à l'essayer; mais l'avenir seul permettra de se prononcer sur sa valeur définitive. A supposer, d'ailleurs, que cet avenir soit heureux, et que la méthode de M. Perrève soit un jour proclamée supérieure à toutes les autres, nous aurons toujours le regret de n'avoir pu nous exprimer plus favorablement sur l'ouvrage qui l'aura fait connaître. G.

De la lithotripsie sans fragments, au moyen des deux procédés de l'extraction immédiate ou de la pulvérisation immédiate des pierres vésicales par les voies naturelles; par le baron HEURTELOUP. 1 vol. in-8° avec planches, chez Labé; Paris, 1847.

Pour qui voudrait accepter, dans toute sa rigueur, le titre long et pompeux que nous venons de transcrire, il y aurait lieu de penser que la lithotritie vient de faire un grand pas, et qu'elle a réalisé une de ses premières espérances, le broiement sans fragments, la pulvérisation, l'extraction immédiate. Hélas! il n'en est pas tout

Si encore nous rencontrions dans cette partie de l'ouvrage quelque description sage, quelque vue nouvelle, fruit d'une observation exacte, et dont le praticien pût faire son profit! Mais non; en vain feuilletons-nous les pages de ce livre, nous trouvons à chaque instant ou des banalités, ou des exagérations, ou des erreurs. Veut-on savoir, par exemple, pourquoi les malades atteints de rétrécissements ont tant de peine à projeter l'urine, pourquoi la vessie se débarrasse si difficilement : c'est parce que cet organe devient trop faible. L'auteur n'oublie-t-il pas ici que le tissu musculaire se développe précisément en raison de l'exercice, et que la vessie en particulier s'hypertrophie en raison de ses efforts de contraction pour vaincre un obstacle? Tout le monde ne sait-il pas, enfin, que la vessie, en pareil cas, loin de s'affaiblir, devient ordinairement plus épaisse et plus forte?

Mais hâtons-nous d'arriver au traitement : là, du moins, nous allons voir quelque chose de neuf et d'original, qui nous dédommagera peut-être. L'auteur a fort bien exposé les inconvénients, il vaudrait mieux dire l'insuffisance de la méthode par dilatation graduelle; il a essayé, dans un chapitre assez piquant, de faire ressortir les promesses pompeuses de la cautérisation, et l'oubli dans lequel elle est justement tombée. Traitement long, souvent douloureux, quelquefois occasionnant un mouvement fébrile, une cystite, une orchite, récidives fréquentes : tels sont les reproches adressés par M. Perrève à ces deux méthodes principales.

Et maintenant, comment l'auteur se met-il à l'abri de ces reproches? comment arrive-t-il aux résultats annoncés par les quatre mots que nous avons cités tout à l'heure? au moyen d'un procédé qui a pour but de produire une dilatation brusque et rapide du rétrécissement. L'instrument dont il se sert est composé de deux tiges dites urétbrales, articulées à leur extrémité vésicale, et pouvant, au moyen de cette articulation, s'écarter ou se rapprocher l'une de l'autre. Les deux pièces, réunies de manière à représenter une sonde ordinaire, sont introduites dans l'urèthre; on place alors entre elles un mandrin plus ou moins volumineux, que l'on fait glisser sur un conducteur. Ce mandrin force les tiges à s'écarter, et leur écartement amène forcément la dilatation des points rétrécis. Il y a des dilatateurs droits et d'autres courbes; leur volume est variable; on peut choisir entre sept numéros.

Le traitement se fait en plusieurs séances : dans la première, on porte la dilatation à 2 lignes et demie ou 3 lignes; la seconde séance se fait au bout de trois ou quatre jours, pour que l'inflammation produite ait le temps de se dissiper; à la quatrième ou cinquième séance, la dilatation est portée à 3 lignes et demie; on s'arrête alors, mais il est nécessaire de placer des bougies ordinaires pendant un certain temps, pour que la dilatation obtenue se maintienne.

Telle est la méthode, voici maintenant la théorie : Les tissus de l'économie ont d'autant moins de tendance à revenir sur eux-mêmes, qu'ils ont été mécaniquement plus fortement distendus. Par une distension brusque, on peut les amener à perdre pour toujours leur puissance de rétraction; c'est de cette manière que

les dilatateurs amènent ou doivent amener, suivant l'auteur, la guérison des rétrécissements.

Pour compléter ou justifier cette théorie, M. Perrève aurait dû se demander si les instruments dont il se sert n'agissent pas quelquefois autrement que par une simple distension; si, par exemple, ils ne sont pas susceptibles de contondre et surtout de déchirer les tissus malades. Nous avons, pour notre part, de bonnes raisons pour croire qu'il doit en être ainsi, et pour penser que le travail inflammatoire consécutif à ces contusions, à ces déchirures produites par la dilatation brusque, est bien capable d'amener, dans le canal uréthral, la formation d'un tissu disposé à se rétrécir de nouveau. Il nous paraît, en outre, que la dilatation brusque, par la manière même dont elle agit, doit donner lieu parfois à des réactions fébriles. L'auteur a, selon nous, glissé trop rapidement sur ces points, et n'a pas apporté un assez grand nombre de bonnes raisons pour justifier ses expressions *tuto, æterno*.

On comprend, toutefois, qu'il ne nous est pas permis de nous prononcer encore sur la valeur réelle de cette nouvelle méthode; il faudrait, pour le faire convenablement, que nous fussions éclairé par des faits exacts. L'auteur, il est vrai, a cité une douzaine d'observations; mais, sans atténuer en rien sa bonne foi, il nous est bien permis de dire que les observations rapportées par l'auteur même d'une méthode sont toujours insuffisantes. Lisez le livre de Ducamp sur la cautérisation, vous y trouverez également beaucoup de guérisons rapportées avec cet enthousiasme qui fascine trop souvent les inventeurs d'une idée, d'une méthode; et cependant la cautérisation, comme l'a fort bien remarqué M. Perrève, n'a pu rester comme méthode générale. D'ailleurs, pour les malades traités avec les dilatateurs, la question des récidives n'est pas jugée; l'épreuve du temps est indispensable.

Pour nous résumer, l'auteur de ce livre n'est pas entré dans tous les développements qui eussent été nécessaires pour faire comprendre le mode d'action et tous les avantages des dilatateurs mécaniques, et nous craignons qu'il se soit abusé sur leur supériorité. Nous pensons, *a priori*, que cette méthode pourra être employée utilement, et qu'il n'y a pas imprudence à l'essayer; mais l'avenir seul permettra de se prononcer sur sa valeur définitive. A supposer, d'ailleurs, que cet avenir soit heureux, et que la méthode de M. Perrève soit un jour proclamée supérieure à toutes les autres, nous aurons toujours le regret de n'avoir pu nous exprimer plus favorablement sur l'ouvrage qui l'aura fait connaître. G.

De la lithotripsie sans fragments, au moyen des deux procédés de l'extraction immédiate ou de la pulvérisation immédiate des pierres vésicales par les voies naturelles; par le baron Heurteloup. 1 vol. in-8° avec planches, chez Labé, Paris, 1847.

Pour qui voudrait accepter, dans toute sa rigueur, le titre long et pompeux que nous venons de transcrire, il y aurait lieu de penser que la lithotritie vient de faire un grand pas, et qu'elle a réalisé une de ses premières espérances, le broiement sans fragments, la pulvérisation, l'extraction immédiate. Hélas! il n'en est pas tout

Si encore nous rencontrions dans cette partie de l'ouvrage quelque description sage, quelque vue nouvelle, fruit d'une observation exacte, et dont le praticien pût faire son profit! Mais non; en vain feuilletons-nous les pages de ce livre, nous trouvons à chaque instant ou des banalités, ou des exagérations, ou des erreurs. Veut-on savoir, par exemple, pourquoi les malades atteints de rétrécissements ont tant de peine à projeter l'urine, pourquoi la vessie se débarrasse si difficilement : c'est parce que cet organe devient trop faible. L'auteur n'oublie-t-il pas ici que le tissu musculaire se développe précisément en raison de l'exercice, et que la vessie en particulier s'hypertrophie en raison de ses efforts de contraction pour vaincre un obstacle? Tout le monde ne sait-il pas, enfin, que la vessie, en pareil cas, loin de s'affaiblir, devient ordinairement plus épaisse et plus forte?

Mais hâtons-nous d'arriver au traitement : là, du moins, nous allons voir quelque chose de neuf et d'original, qui nous dédommagera peut-être. L'auteur a fort bien exposé les inconvénients, il vaudrait mieux dire l'insuffisance de la méthode par dilatation graduelle; il a essayé, dans un chapitre assez piquant, de faire ressortir les promesses pompeuses de la cautérisation, et l'oubli dans lequel elle est justement tombée. Traitement long, souvent douloureux, quelquefois occasionnant un mouvement fébrile, une cystite, une orchite, récidives fréquentes: tels sont les reproches adressés par M. Perrève à ces deux méthodes principales.

Et maintenant, comment l'auteur se met-il à l'abri de ces reproches? comment arrive-t-il aux résultats annoncés par les quatre mots que nous avons cités tout à l'heure? au moyen d'un procédé qui a pour but de produire une dilatation brusque et rapide du rétrécissement. L'instrument dont il se sert est composé de deux tiges dites urétbrales, articulées à leur extrémité vésicale, et pouvant, au moyen de cette articulation, s'écarter ou se rapprocher l'une de l'autre. Les deux pièces, réunies de manière à représenter une sonde ordinaire, sont introduites dans l'urèthre; on place alors entre elles un mandrin plus ou moins volumineux, que l'on fait glisser sur un conducteur. Ce mandrin force les tiges à s'écarter, et leur écartement amène forcément la dilatation des points rétrécis. Il y a des dilatateurs droits et d'autres courbes; leur volume est variable; on peut choisir entre sept numéros.

Le traitement se fait en plusieurs séances: dans la première, on porte la dilatation à 2 lignes et demie ou 3 lignes; la seconde séance se fait au bout de trois ou quatre jours, pour que l'inflammation produite ait le temps de se dissiper; à la quatrième ou cinquième séance, la dilatation est portée à 3 lignes et demie; on s'arrête alors, mais il est nécessaire de placer des bougies ordinaires pendant un certain temps, pour que la dilatation obtenue se maintienne.

Telle est la méthode, voici maintenant la théorie : Les tissus de l'économie ont d'autant moins de tendance à revenir sur eux-mêmes, qu'ils ont été mécaniquement plus fortement distendus. Par une distension brusque, on peut les amener à perdre pour toujours leur puissance de rétraction; c'est de cette manière que

les dilatateurs amènent ou doivent amener, suivant l'auteur, la guérison des rétrécissements.

Pour compléter ou justifier cette théorie, M. Perrève aurait dû se demander si les instruments dont il se sert n'agissent pas quelquefois autrement que par une simple distension; si, par exemple, ils ne sont pas susceptibles de contondre et surtout de déchirer les tissus malades. Nous avons, pour notre part, de bonnes raisons pour croire qu'il doit en être ainsi, et pour penser que le travail inflammatoire consécutif à ces contusions, à ces déchirures produites par la dilatation brusque, est bien capable d'amener, dans le canal uréthral, la formation d'un tissu disposé à se rétrécir de nouveau. Il nous paraît, en outre, que la dilatation brusque, par la manière même dont elle agit, doit donner lieu parfois à des réactions fébriles. L'auteur a, selon nous, glissé trop rapidement sur ces points, et n'a pas apporté un assez grand nombre de bonnes raisons pour justifier ses expressions *tuto, æterno*.

On comprend, toutefois, qu'il ne nous est pas permis de nous prononcer encore sur la valeur réelle de cette nouvelle méthode; il faudrait, pour le faire convenablement, que nous fussions éclairé par des faits exacts. L'auteur, il est vrai, a cité une douzaine d'observations; mais, sans atténuer en rien sa bonne foi, il nous est bien permis de dire que les observations rapportées par l'auteur même d'une méthode sont toujours insuffisantes. Lisez le livre de Ducamp sur la cautérisation, vous y trouverez également beaucoup de guérisons rapportées avec cet enthousiasme qui fascine trop souvent les inventeurs d'une idée, d'une méthode; et cependant la cautérisation, comme l'a fort bien remarqué M. Perrève, n'a pu rester comme méthode générale. D'ailleurs, pour les malades traités avec les dilatateurs, la question des récidives n'est pas jugée; l'épreuve du temps est indispensable.

Pour nous résumer, l'auteur de ce livre n'est pas entré dans tous les développements qui eussent été nécessaires pour faire comprendre le mode d'action et tous les avantages des dilatateurs mécaniques, et nous craignons qu'il se soit abusé sur leur supériorité. Nous pensons, *a priori*, que cette méthode pourra être employée utilement, et qu'il n'y a pas imprudence à l'essayer; mais l'avenir seul permettra de se prononcer sur sa valeur définitive. A supposer, d'ailleurs, que cet avenir soit heureux, et que la méthode de M. Perrève soit un jour proclamée supérieure à toutes les autres, nous aurons toujours le regret de n'avoir pu nous exprimer plus favorablement sur l'ouvrage qui l'aura fait connaître. G.

De la lithotripsie sans fragments, au moyen des deux procédés de l'extraction immédiate ou de la pulvérisation immédiate des pierres vésicales par les voies naturelles; par le baron HEURTELOUP. 1 vol. in-8° avec planches, chez Labé; Paris, 1847.

Pour qui voudrait accepter, dans toute sa rigueur, le titre long et pompeux que nous venons de transcrire, il y aurait lieu de penser que la lithotritie vient de faire un grand pas, et qu'elle a réalisé une de ses premières espérances, le broiement sans fragments, la pulvérisation, l'extraction immédiate. Hélas! il n'en est pas tout

Si encore nous rencontrions dans cette partie de l'ouvrage quelque description sage, quelque vue nouvelle, fruit d'une observation exacte, et dont le praticien pût faire son profit! Mais non; en vain feuilletons-nous les pages de ce livre, nous trouvons à chaque instant ou des banalités, ou des exagérations, ou des erreurs. Veut-on savoir, par exemple, pourquoi les malades atteints de rétrécissements ont tant de peine à projeter l'urine, pourquoi la vessie se débarrasse si difficilement : c'est parce que cet organe devient trop faible. L'auteur n'oublie-t-il pas ici que le tissu musculaire se développe précisément en raison de l'exercice, et que la vessie en particulier s'hypertrophie en raison de ses efforts de contraction pour vaincre un obstacle? Tout le monde ne sait-il pas, enfin, que la vessie, en pareil cas, loin de s'affaiblir, devient ordinairement plus épaisse et plus forte?

Mais hâtons-nous d'arriver au traitement : là, du moins, nous allons voir quelque chose de neuf et d'original, qui nous dédommagera peut-être. L'auteur a fort bien exposé les inconvénients, il vaudrait mieux dire l'insuffisance de la méthode par dilatation graduelle; il a essayé, dans un chapitre assez piquant, de faire ressortir les promesses pompeuses de la cautérisation, et l'oubli dans lequel elle est justement tombée. Traitement long, souvent douloureux, quelquefois occasionnant un mouvement fébrile, une cystite, une orchite, récidives fréquentes : tels sont les reproches adressés par M. Perrève à ces deux méthodes principales.

Et maintenant, comment l'auteur se met-il à l'abri de ces reproches? comment arrive-t-il aux résultats annoncés par les quatre mots que nous avons cités tout à l'heure? au moyen d'un procédé qui a pour but de produire une dilatation brusque et rapide du rétrécissement. L'instrument dont il se sert est composé de deux tiges dites uréthrales, articulées à leur extrémité vésicale, et pouvant, au moyen de cette articulation, s'écarter ou se rapprocher l'une de l'autre. Les deux pièces, réunies de manière à représenter une sonde ordinaire, sont introduites dans l'urèthre; on place alors entre elles un mandrin plus ou moins volumineux, que l'on fait glisser sur un conducteur. Ce mandrin force les tiges à s'écarter, et leur écartement amène forcément la dilatation des points rétrécis. Il y a des dilatateurs droits et d'autres courbes; leur volume est variable; on peut choisir entre sept numéros.

Le traitement se fait en plusieurs séances : dans la première, on porte la dilatation à 2 lignes et demie ou 3 lignes; la seconde séance se fait au bout de trois ou quatre jours, pour que l'inflammation produite ait le temps de se dissiper; à la quatrième ou cinquième séance, la dilatation est portée à 3 lignes et demie; on s'arrête alors, mais il est nécessaire de placer des bougies ordinaires pendant un certain temps, pour que la dilatation obtenue se maintienne.

Telle est la méthode, voici maintenant la théorie : Les tissus de l'économie ont d'autant moins de tendance à revenir sur eux-mêmes, qu'ils ont été mécaniquement plus fortement distendus. Par une distension brusque, on peut les amener à perdre pour toujours leur puissance de rétraction; c'est de cette manière que

les dilatateurs amènent ou doivent amener, suivant l'auteur, la guérison des rétrécissements.

Pour compléter ou justifier cette théorie, M. Perrève aurait dû se demander si les instruments dont il se sert n'agissent pas quelquefois autrement que par une simple distension; si, par exemple, ils ne sont pas susceptibles de contondre et surtout de déchirer les tissus malades. Nous avons, pour notre part, de bonnes raisons pour croire qu'il doit en être ainsi, et pour penser que le travail inflammatoire consécutif à ces contusions, à ces déchirures produites par la dilatation brusque, est bien capable d'amener, dans le canal uréthral, la formation d'un tissu disposé à se rétrécir de nouveau. Il nous paraît, en outre, que la dilatation brusque, par la manière même dont elle agit, doit donner lieu parfois à des réactions fébriles. L'auteur a, selon nous, glissé trop rapidement sur ces points, et n'a pas apporté un assez grand nombre de bonnes raisons pour justifier ses expressions *tuto, æterno.*

On comprend, toutefois, qu'il ne nous est pas permis de nous prononcer encore sur la valeur réelle de cette nouvelle méthode; il faudrait, pour le faire convenablement, que nous fussions éclairé par des faits exacts. L'auteur, il est vrai, a cité une douzaine d'observations; mais, sans atténuer en rien sa bonne foi, il nous est bien permis de dire que les observations rapportées par l'auteur même d'une méthode sont toujours insuffisantes. Lisez le livre de Ducamp sur la cautérisation, vous y trouverez également beaucoup de guérisons rapportées avec cet enthousiasme qui fascine trop souvent les inventeurs d'une idée, d'une méthode; et cependant la cautérisation, comme l'a fort bien remarqué M. Perrève, n'a pu rester comme méthode générale. D'ailleurs, pour les malades traités avec les dilatateurs, la question des récidives n'est pas jugée; l'épreuve du temps est indispensable.

Pour nous résumer, l'auteur de ce livre n'est pas entré dans tous les développements qui eussent été nécessaires pour faire comprendre le mode d'action et tous les avantages des dilatateurs mécaniques, et nous craignons qu'il se soit abusé sur leur supériorité. Nous pensons, *a priori,* que cette méthode pourra être employée utilement, et qu'il n'y a pas imprudence à l'essayer; mais l'avenir seul permettra de se prononcer sur sa valeur définitive. A supposer, d'ailleurs, que cet avenir soit heureux, et que la méthode de M. Perrève soit un jour proclamée supérieure à toutes les autres, nous aurons toujours le regret de n'avoir pu nous exprimer plus favorablement sur l'ouvrage qui l'aura fait connaître. G.

De la lithotripsie sans fragments, au moyen des deux procédés de l'extraction immédiate ou de la pulvérisation immédiate des pierres vésicales par les voies naturelles; par le baron HEURTELOUP. 1 vol. in-8° avec planches, chez Labé; Paris, 1847.

Pour qui voudrait accepter, dans toute sa rigueur, le titre long et pompeux que nous venons de transcrire, il y aurait lieu de penser que la lithotritie vient de faire un grand pas, et qu'elle a réalisé une de ses premières espérances, le broiement sans fragments, la pulvérisation, l'extraction immédiate. Hélas! il n'en est pas tout

à fait ainsi : la pulvérisation n'est point traitée dans ce livre; M. Heurteloup se contente de nous dire qu'il s'en occupe, qu'il espère réussir bientôt, qu'il fera connaître un jour ses résultats. Pourquoi donc alors nous donner dans un titre aussi détaillé un espoir qui nous a fait dévorer les premières pages de ce livre avec une ardeur bientôt ralentie par la déception? Si, du moins, M. Heurteloup ne nous donne pas la pulvérisation, il va donc nous faire connaître le moyen de briser la pierre sans avoir de fragments. Ici une petite explication est encore nécessaire; l'auteur procède au broiement d'une certaine façon que nous allons dire : il réduit le calcul en morceaux, dont il retire un certain nombre immédiatement. En réalité, c'est bien une lithotritie avec fragments; mais comme il y a extraction immédiate, pour peu que le lecteur apporte de bonne volonté, et veuille bien *supposer* tous les morceaux extraits, on comprendra jusqu'à un certain point cette annonce : *la lithotripsie sans fragments.*

Quelqu'un dira peut-être que ce procédé n'est point absolument nouveau, et qu'avant le retour de M. Heurteloup en France, on avait imaginé des instruments pour retirer, séance tenante, les fragments produits par la lithotritie. Tout le monde connaît, en effet, les sondes évacuatrices de MM. Mercier et Leroy d'Étiolles, instruments à l'aide desquels ces chirurgiens et d'autres, à leur imitation, ont souvent retiré les fragments du calcul broyé, particulièrement lorsque la lithotritie était faite chez des individus atteints de rétention d'urine. Mais qu'on ne s'attende pas à nous voir entrer dans une discussion de priorité; peut-être M. Heurteloup a-t-il employé sa méthode depuis assez longtemps pour réclamer à cet égard : ce que nous devions faire sentir, c'est que l'idée dominante, la seule qui excite réellement l'intérêt dans cet ouvrage, à savoir l'extraction immédiate, n'était point une chose nouvelle parmi nous.

Mais si ce livre ne met pas au jour une pensée neuve, il nous fait connaître du moins les instruments et le procédé au moyen desquels M. Heurteloup pratique l'extraction immédiate, et il tend à faire adopter cette extraction comme une méthode générale; c'est à ce titre qu'il appelle particulièrement l'attention.

L'instrument dont se sert M. Heurteloup est toujours le brise-pierre à deux branches, dont la lithotritie lui est redevable; mais les deux branches, au lieu de se terminer par une série de dents qui s'engrènent réciproquement, présentent à leur extrémité chacune une dépression, une concavité en forme de cuiller allongée, de sorte que l'auteur appelle cet instrument *percuteur courbe à cuiller.* La pierre est saisie, comme à l'ordinaire, entre les deux branches, puis brisée au moyen de la percussion. Les fragments sont retenus par les cuillers qui se rapprochent; ainsi emprisonnés, ils sont amenés immédiatement au dehors.

Ainsi, un instrument qui broie et ramène de suite les morceaux de calcul, de manière à épargner au malade les douleurs de l'expulsion, voilà, en peu de mots, ce que nous avons trouvé d'important dans cet ouvrage. Faisons remarquer, en outre, que M. Heurteloup continue à se servir d'un marteau, et qu'il regarde

toujours comme indispensable son lit rectangle destiné à immobiliser le malade et l'instrument pendant l'opération. Nous ne pouvons nous résigner à suivre l'auteur dans le détail des motifs qu'il invoque à l'appui de ses préférences pour la percussion, et de ses répugnances contre le broiement à l'aide de la pression, car ces motifs sont loin d'entraîner la conviction; nous sommes de ceux qui pensent que la simplicité dans l'appareil instrumental est un des résultats que doit le plus ambitionner le chirurgien, et nous croyons qu'un des mérites de la lithotritie est d'avoir conquis cette simplicité par l'invention des moyens de pression, tels que *écrous*, *volants* et *pignons*. Dût M. Heurteloup nous comprendre dans les malédictions qu'il adresse aux adversaires du marteau et du lit spécial, nous persistons dans cette manière de voir, et nous exprimons le vœu que M. Heurteloup reste seul à pratiquer la lithotritie de cette manière. Rien n'empêche d'ailleurs d'employer l'instrument à cuiller avec le pignon; il nous semble qu'ainsi modifiée, la lithotritie aura fait un pas vers le progrès.

Nous ne saurions dissimuler pourtant que nous ne croyons guère à la possibilité de retirer de suite tous les fragments; il nous semble qu'un certain nombre d'entre eux peuvent glisser sur les parties latérales des cuillers et tomber dans la vessie, d'où ils devront être expulsés plus tard. C'est là, d'ailleurs, un point sur lequel M. Heurteloup ne s'explique pas suffisamment. D'un autre côté, il faut bien signaler cet inconvénient de l'extraction immédiate, que l'on est obligé de retirer l'instrument et de le réintroduire plusieurs fois dans une séance, ce qui augmente nécessairement les douleurs de l'opération. C'est encore un point sur lequel l'auteur aurait dû, selon nous, insister davantage.

Nous avons tenu à faire ressortir ce qu'il y avait de capital dans l'ouvrage de M. Heurteloup; disons maintenant quelques mots du reste. On ne doit pas s'attendre à trouver dans ce livre un simple exposé des détails annoncés par le titre; c'est une réunion de mémoires adressés par M. Heurteloup à l'Académie des sciences, et de quelques autres inédits. On trouve d'abord un chapitre intitulé *Considérations sur un pas rétrograde de la lithotripsie*. Ces considérations ont pour but de faire savoir que le broiement avec les brise-pierres fenêtrés et à pignon est absolument mauvais, et que la lithotritie a rétrogradé en abandonnant la percussion. La lecture de ce chapitre serait propre à faire croire que l'opération, ainsi pratiquée, est généralement insuffisante, dangereuse, meurtrière. Évidemment ce sont là des exagérations que les faits démentent, et qui trouvent à peine leur excuse dans l'aveuglement d'un inventeur désireux de prouver la supériorité de ses procédés. Un autre chapitre est intitulé *De la lithotripsie sans fragments*, mémoire envoyé en 1846 à l'Académie des sciences: c'est là que sont décrits les avantages de l'extraction immédiate et du percuteur courbe à cuiller, dont nous avons parlé tout à l'heure. Enfin, l'ouvrage se termine par la reproduction de trois mémoires adressés à l'Académie, en 1832 et 1833, sur la lithotritie par percussion, et dans lesquels il n'est plus question de l'extraction immédiate. En publiant de nouveau ces trois mémoires et les tristes récriminations

qu'ils renferment contre les chirurgiens qui ont travaillé avec lui à l'enfantement de la lithotritie, il semble que l'auteur ait tenu à réveiller les discussions qui ont, à cette époque, affligé les vrais amis de la science. C'est là une idée malheureuse: aujourd'hui tous les esprits sont fatigués de ces controverses; on les voit avec peine, on les repousse avec dégoût. La lithotritie est regardée à juste titre comme une des belles conquêtes de la chirurgie moderne; les hommes sérieux n'hésitent pas à reconnaître les droits incontestables de ceux qui ont contribué à la vulgariser, et qui travaillent encore à son perfectionnement. Mais pour ce qui est des rivalités personnelles, des ambitions mécontentes, des polémiques injurieuses ou passionnées, elles n'inspirent actuellement aucun intérêt, et n'ont d'autre résultat que d'appeler la déconsidération et le blâme sur des noms que les travaux scientifiques devaient rendre à jamais estimables. G.

Annonces bibliographiques.

L'Art de vivre longtemps et en parfaite santé; de la sobriété et de ses avantages, avec des conseils sur la manière de corriger un mauvais tempérament et de jouir d'une félicité parfaite jusqu'à un âge fort avancé; par Louis Cornaro; suivis des Aphorismes de l'école de Salerne en vers latins et français, accompagnés de commentaires sur chaque aphorisme. Nouvelle édition, revue et corrigée. 1 vol. grand in-18 de 330 pag.; prix: 3 fr. 50 c. A Paris, chez Just Rouvier, libraire, rue du Paon, 8.

De l'influence de l'électricité atmosphérique et terrestre sur l'organisme, et de l'effet de l'isolement électrique considéré comme moyen curatif et préservatif d'un grand nombre de maladies; par Emm. Pallas, D. M. P., médecin principal des armées, etc. Paris, 1847; in-8°, pp. XII-365. Prix: 6 fr. Chez Victor Masson.

Des Devoirs et des droits des médecins, par le docteur H. Scoutetten, président de la Société des sciences médicales de la Moselle, chevalier de la Légion d'Honneur, chirurgien principal de première classe à l'École royale d'application de Metz, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc. In-8° de 27 pages; prix: 1 fr.

Mémoire sur le chorionite ou la sclérosténose cutanée (maladie non décrite par les auteurs), par le docteur Forget, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Strasbourg. In-8° de 22 pages; prix: 1 fr.

Histoire critique de la doctrine physiologique, suivie de Considérations sur l'histoire philosophique de la médecine et sur l'hippocratisme moderne, ouvrage couronné par la Société de médecine de Caen; par C. Saucerotte, médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de Lunéville, etc. Paris, 1847; in-8°, pp. VII-274.

Ces trois ouvrages se trouvent à Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 17; à Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

Rignoux, Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis*

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

Octobre 1847.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

DE LA SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE DES ENFANTS DU PREMIER AGE;

Par A. Trousseau, *professeur à la Faculté de médecine de Paris,* *et* Ch. Lasègue, *docteur en médecine.*

La syphilis se montre chez les nouveau-nés avec des caractères assez semblables à ceux qu'elle offre chez l'adulte pour qu'on ne puisse douter de sa nature; elle présente en même temps des différences assez grandes pour mériter une description spéciale. Des traités étendus, des mémoires avec les observations à l'appui, ont été publiés sur ce sujet; mais il n'existe peut-être aucune description exacte et complète de la maladie.

Ce n'est pas que les matériaux aient manqué; les circonstances les plus favorables se sont trouvées réunies sans que l'état de la science ait permis d'en profiter dans toute leur étendue. Sans parler des établissements fondés à l'étranger, Paris a été doté pendant près d'un demi-siècle d'un hôpital réservé expressément au traitement des enfants syphilitiques.

Dispersés d'abord à Bicêtre, à la Salpêtrière, partout où la bienfaisance voulait les recueillir, ils furent réunis à Vaugirard dans une maison dont le lieutenant de police Lenoir donna la première idée, et dont il dressa lui-même le règlement. Colombier, Faguer et Doublet furent mis à la tête du service médical : ce dernier nous a transmis des documents utiles sur l'administration, et des observations dont nous aurons à apprécier l'exactitude.

On admettait à Vaugirard les femmes enceintes atteintes de la maladie vénérienne, les enfants avec leurs nourrices, et même les enfants orphelins ou appartenant à des familles pauvres.

En 1793, l'hôpital fut transporté dans l'ancien couvent des Capucins, qui depuis a été consacré au traitement des hommes adultes affectés de la même maladie : c'est là que Bertin puisa les éléments de son *Traité de la maladie vénérienne chez les enfants nouveau-nés, les femmes enceintes et les nourrices*, ouvrage utile à consulter aujourd'hui, mais trop souvent insuffisant et quelquefois inexact. Nous citerons seulement pour mémoire les articles publiés par Mahon dans les *Actes de la Société médicale d'émulation*, l'auteur s'étant presque borné à reproduire dans sa double monographie les connaissances qu'il devait à l'expérience de ses devanciers. La monographie d'ailleurs courte, mais précise et consciencieuse de Doublet, serait encore l'expression la plus heureuse des symptômes observés tant à Vaugirard qu'à l'hôpital des Capucins.

Un défaut commun à tous ces écrits, parce qu'il tient à l'époque où ils ont paru, c'est que la discussion domine sans cesse la description. Le problème de la contagion, de la transmission de la nourrice ou de la mère à l'enfant, y est posé à chaque pas, sans que la solution qu'on en donne puisse nous suffire aujourd'hui. Le cadre de l'affection syphilitique est trop vaste : il renferme à la fois les écoulements blennorrha-

giques, les ophthalmies purulentes, le muguet, et le fait seul de cette compréhension exagérée infirme tous les résultats.

On doit cependant savoir gré aux médecins nos prédécesseurs, et de leurs tentatives et de l'exactitude avec laquelle ils ont exposé les conditions où il était donné d'observer la maladie. Quand une affection est spontanée, qu'elle se développe chez un individu isolé, le milieu où vivait le malade n'a qu'une valeur secondaire; lorsqu'au contraire elle est transmise, il importe d'en suivre la filiation et de comprendre dans son histoire au moins sa généalogie la plus prochaine.

Doublet, Mahon, Bertin, ont réuni dans leurs études la mère et l'enfant; ils ont eu soin de faire connaître les conditions d'admission à leur hôpital, et les garanties qu'elles présentaient quant à l'infection de la mère. Nous croyons devoir suivre leur exemple, et, pour qu'on ne tire pas de nos observations des conclusions plus étendues qu'il ne conviendrait de le faire, nous indiquerons en peu de mots les circonstances où nous avons étudié la syphilis des nouveau-nés.

L'hôpital Necker contient trois salles dans chacune desquelles sont admises douze femmes avec leurs enfants âgés de moins de deux ans; les femmes enceintes sans enfant ne peuvent y être reçues. Aucun renseignement autre que ceux qu'on obtient des malades elles-mêmes ne sont fournis au médecin. Il en résulte que les symptômes actuellement existants de l'infection vénérienne sont les seuls qu'on ait droit d'affirmer. Quant aux maladies antécédentes, la plupart des mères les nient obstinément, soit à cause de leur ignorance, soit pour se soustraire à la honte qu'elles craignent d'encourir. Si donc nous voulions, à l'aide des seuls documents que nous sommes à même de recueillir, admettre ou combattre une des théories qui ont cours sur la génération de la syphilis, nous dépasserions les limites des faits pour entrer dans la sphère des conjectures. On comprendra la réserve dans laquelle nous tenons à nous renfermer, et ce

travail pêchera par un excès tout contraire à celui que nous reprochions à nos devanciers : il aura le défaut d'exclure trop absolument les questions de pathogénie.

Peut-être pourrait-on craindre que le manque de documents certains relatifs à la santé des parents ne jette quelque obscurité sur la nature spécifique de l'affection dont les enfants sont frappés. Les diverses éruptions cutanées, les lésions des membranes muqueuses, tous les accidents qu'on désigne vulgairement sous le nom de *gourmes*, quel que soit leur siége, ont avec les accidents propres à la syphilis constitutionnelle des rapports incontestables et qui tromperaient un médecin peu exercé. Cependant, en prenant pour types et pour termes de comparaison des cas qui ne laissent aucun doute à l'esprit, on lève une partie de ces difficultés qu'on serait porté d'ailleurs à s'exagérer, faute de connaissances précises.

Le rapprochement entre les affections vénériennes de l'adulte et celles de l'enfant peut servir également à éclairer quelques questions douteuses, mais il convient de n'y recourir qu'avec une grande réserve. S'il est vrai que les mêmes symptômes se rencontrent chez les uns et chez les autres, ils sont loin d'avoir la même valeur diagnostique, la même fréquence, la même gravité, et ce serait s'exposer à de véritables erreurs que d'appliquer indistinctement aux nouveau-nés les observations empruntées à l'examen des individus plus avancés en âge.

Nous renonçons ici, comme nous l'avons dit en commençant, à toute interprétation des phénomènes, et renvoyant à un traité complet sur la matière les faits incertains ou les explications pathologiques, nous nous contenterons de tracer le tableau de la maladie telle qu'elle se présente dans sa forme régulière.

Cependant les opinions ont été tellement partagées sur ces questions, qu'il devient nécessaire pour être compris d'indiquer en peu de mots à quels sentiments on se rattache. Nous

croyons, contrairement à la doctrine de Hunter, que la mère transmet à son enfant la syphilis par un mode d'infection spéciale et sans analogue. S'il est vrai qu'elle lui donne les accidents primitifs dont elle-même est atteinte, il ne l'est pas moins qu'elle lui communique sous forme de symptômes secondaires la maladie qui, chez elle, est parvenue à ce degré. Quant aux phénomènes tertiaires, nous ne pensons pas, faute de preuves, qu'ils puissent être transmis directement et indépendamment des lésions qui constituent leurs antécédents habituels. Le problème plus complexe de la propagation des accidents de l'enfant à la nourrice pouvant être diversement résolu sans rien changer à l'exposition des symptômes présentés par l'enfant nouveau-né, il serait inutile d'indiquer notre manière de voir. Ce point de doctrine, convenablement étudié, exigerait d'ailleurs de trop longs développements.

Il est extrêmement rare que la syphilis constitutionnelle apparaisse chez les nouveau-nés au moment de la naissance; il l'est sans doute encore plus qu'elle se développe pendant la gestation, et accomplisse dans le sein de la mère ses premières périodes. Nous n'avons, pour notre part, rencontré aucun exemple de manifestation si hâtive. M. Huguier, dont l'autorité ne peut être mise en doute, nous a dit n'avoir vu qu'une seule fois, à l'hôpital de Lourcine, spécialement destiné aux femmes syphilitiques, un enfant naissant avec des traces suffisamment reconnaissables de l'infection.

Cependant, quelques auteurs ont rapporté des cas où les accidents vénériens auraient précédé la naissance, et d'autres où ils se seraient montrés dès le premier jour de la vie. Sans contester la justesse de ces observations, au moins devons-nous constater qu'elles sont exceptionnelles; mais si, au lieu de les accepter simplement, on les discute, le nombre des faits authentiques est encore réduit de beaucoup.

En effet, les exemples cités rentrent dans trois catégories.

Ce sont ou des accidents *primitifs* ou des phénomènes probablement étrangers à l'affection spécifique, ou enfin des symptômes conformes à ceux que présente la syphilis. Ainsi, sur les quatre observations empruntées au docteur Gilbert par Bertin, l'une a trait à une petite fille dont la mère portait un chancre au vagin, et qui naquit avec un petit ulcère de la largeur d'une lentille, également situé au vagin. Doublet rapporte aussi le cas d'un enfant né avec un ulcère chancreux à la fourchette. Nous avons vu des faits analogues, mais il serait hors de propos d'en tirer aucune conclusion quant à la syphilis constitutionnelle.

Les lésions locales ou générales qu'on a considérées comme autant d'expressions d'une affection vénérienne chez l'enfant qui vient de naître sont tellement nombreuses que nous n'essayerons pas d'en dresser le catalogue. Les ophthalmies dites *blennorrhagiques,* les écoulements muqueux par les organes génitaux, les tumeurs stéatomateuses, d'autres si vaguement décrites qu'on ne saurait leur assigner un nom, ont été rangés parmi les signes distinctifs. On s'est avancé encore plus loin, et on a voulu, du seul aspect de l'enfant naissant, tirer les éléments d'un diagnostic exact.

Cette prétention, qui d'ailleurs a son excuse dans quelques remarques vraies et pratiques, mais mal interprétées, est encore soutenue aujourd'hui par des médecins consciencieux. et mérite par conséquent d'être discutée. Les enfants issus de parents infectés naissent quelquefois, dit Bertin, dans un état de maigreur. Leur peau présente dans quelques cas des plis et des rides que l'on pourrait comparer à du parchemin légèrement humecté; toute l'habitude du corps présente un ensemble qu'il est difficile d'exprimer, mais dont le caractère particulier n'échappe point au médecin éclairé par une observation répétée de ces sortes de cas. Faguer est plus explicite et donne cet aspect général comme un des symptômes les plus certains de l'infection syphilitique.

Si on était obligé sur de tels indices d'affirmer ou de nier l'existence d'une maladie, il faudrait une certaine hardiesse pour s'y résoudre. Pour nous, après l'avoir cherché, nous n'avons jamais vu de physionomie cachectique qui nous permît, dès le premier jour de la vie, de tirer une pareille induction. Il n'est vrai ni que tous les enfants maigres, pâles, chétifs en naissant, soient prédisposés à la vérole, ni que tous les enfants atteints plus tard de syphilis constitutionnelle aient à leur naissance offert quelques signes de cachexie même douteuse. On en trouve un grand nombre qui viennent au monde avec les apparences de la meilleure santé; la débilité congéniale ne nous paraît se lier en aucune façon au développement ultérieur des accidents vénériens.

Nos observations, par cela seul qu'elles sont négatives, ne seraient pas suffisantes pour infirmer celles de nos devanciers. C'est, en effet, un procédé inacceptable que de déclarer faux ce qu'on n'a pas vu; mais, en pénétrant plus avant, on découvre bientôt les causes de l'erreur où sont tombés les médecins de l'hôpital de Vaugirard.

Bertin est à peine affirmatif; c'est dans quelques cas seulement qu'il est permis, suivant lui, de reconnaître cet état général. « Je dois avouer, ajoute-t-il dans un autre passage, que depuis dix ans que je suis médecin de l'hôpital des Vénériens, j'ai rarement observé au moment de la naissance des signes bien évidents de la maladie vénérienne. » Faguer s'est mépris évidemment sur la cachexie que Doublet avait assez bien caractérisée en lui donnant le nom de *décrépitude en miniature* et sur laquelle nous reviendrons plus loin; il en a fait à tort un indice de prédisposition quand elle n'est qu'un des symptômes de l'affection confirmée et déjà reconnaissable à d'autres signes. Une opinion favorable à ce préjugé, c'est que les parents affectés de maladies vénériennes donnent fréquemment naissance à des enfants mal sains et mal portants, si même ils naissent viables. Que la syphilis antérieure du père

ou de la mère soit une cause fréquente d'avortement, nous n'avons ici ni à le nier ni à l'admettre; mais, en supposant qu'il en fut ainsi, autre chose est de croire par induction à l'influence de la constitution des parents sur la constitution du fœtus ou d'assurer les bases d'une définition pathologique.

A côté de cet état de faiblesse générale si mal défini, et dont nous ne reconnaissons pas l'exactitude, on a noté comme phénomènes significatifs des accidents qui appartiendraient exclusivement à l'enfant naissant ou à naître, et ne se reproduiraient pas dans les phases que la maladie parcourt après la naissance. La peau, a-t-on dit, présente une efflorescence particulière et des rougeurs érysipélateuses. «On a observé quelquefois un soulèvement ou une destruction générale ou partielle de l'épiderme; on serait tenté de croire que cette destruction de l'épiderme a été produite par des phlyctènes qui auraient existé antérieurement sur le corps de l'enfant» (Bertin, *Malad. vénér. des enfants*). «A l'hospice, dit Doublet, on ne voit ordinairement, au premier moment de la naissance, d'autres signes de l'existence du virus vénérien que la macération ou les taches de l'épiderme.» Des accoucheurs du plus grand mérite considèrent aujourd'hui comme syphilitique le pemphigus des nouveau-nés, qui rentre dans la description précédente, et se montre soit immédiatement après la naissance, soit même sur la peau d'enfants morts-nés. Nous ne savons sur quelles raisons se fonde cette manière de voir, et sommes par conséquent forcés de suspendre notre jugement. Il faut remarquer cependant que le pemphigus n'appartient pas, suivant nous, à la classe des accidents secondaires, qu'il peut s'y adjoindre, parce qu'il se produit volontiers chez les jeunes enfants épuisés par une maladie chronique, à la suite de la scarlatine, de certaines varioles, etc.; mais que nous ne l'avons jamais vu apparaître au début de l'affection, lorsqu'elle se développait dans les quinze ou vingt premiers jours de la vie.

Outre les observations inexactes ou douteuses que nous venons de mentionner, il en est qui semblent probantes, et montrent que la syphilis constitutionnelle peut donner lieu aux accidents spéciaux, même durant la vie intra-utérine. Le nombre des faits de cet ordre est excessivement limité, surtout si on sépare ceux qu'une meilleure classification ne permet plus d'y adjoindre.

Remarquons encore, pour en finir sur ce point, que les phénomènes indiqués par les auteurs comme propres aux fœtus ne sont pas ceux qu'on retrouvera plus tard au début de la maladie, mais qu'ils correspondent à une période assez avancée. La syphilis constitutionnelle ne suivrait donc pas dans le sein de la mère la marche qu'elle affecte par la suite, ou au moment de la naissance elle aurait déjà parcouru quelques-unes de ses phases.

La plupart de ces enfants étant morts très-peu de temps après l'accouchement, les présomptions n'ont pu être vérifiées et confirmées par le développement consécutif de la maladie.

Pour nous, à moins d'exceptions que nous acceptons sur la foi d'autres observateurs, la vérole constitutionnelle n'apparaît pas avant la seconde semaine de la vie. Tous les syphiliographes qui se sont occupés de la question ont posé cette limite comme étant la plus courte que leur aient signalée l'examen des malades ou les renseignements des parents.

La limite inverse, c'est-à-dire celle du temps après lequel on n'a plus à redouter l'invasion du mal, est plus difficile à déterminer.

Quoique les conditions de l'infection soient tout autres, celles du développement des symptômes secondaires sont à peu près les mêmes chez les enfants que chez les adultes.

Au dire de Hunter, dont l'expérience a été confirmée par celle de tous les médecins qui font autorité, l'intervalle de temps qui est nécessaire au virus syphilitique après qu'il a

pénétré dans l'économie générale pour sa manifestation, c'est-à-dire pour la production de ses effets locaux dans les parties du corps qui en sont le plus parfaitement affectées, ne peut être fixé d'une manière certaine. En général, il est d'environ six semaines. Toutefois, dans beaucoup de cas, cet intervalle est beaucoup plus long, et dans d'autres il est beaucoup plus court. Quelquefois les effets locaux constitutionnels apparaissent moins de quinze jours après l'époque où l'absorption du pus a dû se faire. Chez un malade qui avait contracté un chancre, il se forma une tumeur dans l'aine; à peine s'était-il écoulé quinze jours que tout son corps fut couvert d'une éruption vénérienne (Hunter, t. II, p. 546, traduit par M. Richelot).

Nos observations sont parfaitement d'accord avec celles de Hunter, si on veut prendre pour point de départ le moment de la naissance, au lieu de celui où l'inoculation spécifique a dû s'effectuer. Ainsi, en laissant de côté tous les cas douteux ou même contestables, nous trouvons que, sur vingt-huit malades, deux seulement furent affectés d'accidents secondaires le quinzième jour de leur vie; chez les autres, ils n'apparurent que du premier au septième mois; pour le plus grand nombre, c'est entre le premier et le troisième mois qu'il faut placer le début des symptômes.

Est-ce là une simple coïncidence, ou doit-on y trouver l'expression d'une loi pathologique? Nous ne voulons que mentionner ce fait, qui d'ailleurs est confirmé par les récits des autres observateurs. Nous n'avons jamais vu la syphilis constitutionnelle apparaître après le septième mois, encore un seul enfant a-t-il été atteint à une époque si éloignée de la naissance; celui qui vient immédiatement après quant à la lenteur de l'invasion eut au cinquième mois l'éruption caractéristique. Il est bien évident que nous ne parlons ici que des symptômes désignés sous le nom de *secondaires*. Les accidents tertiaires ne sont pas plus pour les enfants que pour les

adultes soumis aux mêmes périodes : on les voit faire leur première apparition d'une manière évidente à un âge assez avancé pour qu'il ne rentre même plus dans le cadre où nous nous renfermons.

Le premier signe par lequel l'affection constitutionnelle signale sa présence n'est pas toujours le même. Les tentatives de classification des accidents secondaires suivant l'ordre dans lequel ils se produisent sont démenties par un trop grand nombre de faits pour qu'on soit en droit d'établir des règles absolues. Tantôt c'est une éruption érythémateuse, tantôt c'est une lésion cutanée plus profonde ; mais le plus souvent les altérations de la membrane muqueuse des narines ouvrent la série des phénomènes morbides. Ces altérations, qu'elles aient apparu dès le début ou qu'elles se soient montrées plus tard, constituent un des symptômes les plus fixes.

L'enfant éprouve d'abord un état particulier qu'on désigne sous le nom d'enchifrènement, et qu'il faut reconnaître à certains indices, puisqu'on est dépourvu du secours des interrogations. Il respire un peu plus difficilement ; l'expiration est sifflante, sans ronchus sonore, lorsque la bouche est fermée. On s'en aperçoit surtout tandis qu'il tette ; c'est à ce moment, en effet, qu'il est aisé de mesurer la gêne de la respiration, soit parce qu'elle ne peut plus s'exercer par la bouche, soit à cause des efforts de succion qui précipitent déjà les mouvements respiratoires. Ce léger empêchement n'est pas plus prononcé que dans le coryza non spécifique ; il l'est moins qu'au début de la rougeole, et ne s'accompagne pas d'un écoulement limpide ou muqueux. Ce premier degré dure en général fort peu de temps ; souvent même sans que ni les médecins ni les parents aient pris garde à une altération si légère, des faits plus significatifs éveillent leur attention. L'enfant rend par le nez quelques gouttes de sang mêlées ou non à des mucosités ; l'écoulement sanguin se répète une ou deux fois chaque jour, et peut atteindre les proportions d'une

épistaxis. A mesure que le mal fait des progrès, la sécrétion nasale devient plus sanieuse, elle irrite les ailes du nez, la lèvre supérieure, et même y détermine des ulcérations qui se recouvrent de croûtes, ou des fissures profondes. Dans la plupart des circonstances, la lésion est circonscrite à la membrane muqueuse, et ne se transmet pas à la peau. Cependant, et c'est une règle que nous pouvons poser comme presque absolue, toutes les fois que les ulcérations de la membrane muqueuse ne sont pas couvertes de croûtes résistantes, la sanie qui s'en écoule est mêlée de sang.

Il ne faut pas confondre la lésion spécifique dont nous venons de parler avec d'autres plus communes et qui ne reconnaissent pas la même cause. Souvent, chez les enfants nouveau-nés, des éruptions que les dermatologistes diviseraient en une infinité d'espèces, mais que les praticiens réunissent sous le nom vulgaire de gourmes, se propagent des lèvres au nez, aux yeux, aux oreilles, et, envahissant d'abord les orifices des membranes muqueuses, s'y étendent assez loin. Le coryza syphilitique débute toujours par l'intérieur des narines, et y accomplit le plus ordinairement son entière évolution; il a moins de tendance à gagner les parties extérieures qu'à pénétrer profondément vers le pharynx ou à s'avancer sur le voile du palais.

A un degré plus avancé, les os perdent leur soutien; le nez s'aplatit ou s'écrase; sa partie supérieure, déjà peu saillante chez les jeunes enfants, s'étale presque au niveau des joues, ce qui donne aux petits malades un aspect étrange. La respiration devient de plus en plus gênée, elle est ronflante, et s'exécute avec assez de difficulté pour empêcher les tentatives de succion. L'enfant essaie de prendre le sein, mais il est presque aussitôt forcé de l'abandonner sous le coup d'une asphyxie imminente. Le liquide qui s'échappe au dehors reste sanieux, purulent, et mêlé de stries sanglantes; mais les hémorrhagies, même très-peu abondantes, sont plus rares qu'au début.

Le temps que les accidents mettent à parcourir ces diverses périodes est extrêmement variable : tantôt c'est après quelques semaines, tantôt c'est au bout de plusieurs mois qu'on observe les lésions extrêmes. Le plus souvent, et sans qu'aucun traitement soit venu l'entraver, la lésion s'arrête d'elle-même, et les os ne sont pas compromis.

De cette irrégularité dans la marche des symptômes, il résulte qu'on a l'occasion d'observer les altérations anatomiques à des degrés différents, un état peu avancé du coryza pouvant répondre à des accidents généraux qui entraînent la mort. On trouve d'abord la membrane muqueuse épaissie, plus ou moins ramollie, d'une coloration plutôt bistrée ou livide que rouge-inflammatoire, sans traces d'ulcérations ou de cicatrices, sans rien qui explique les fréquents saignements de nez. Plus tard, des ulcérations ordinairement petites et nombreuses, d'une profondeur variable, se dessinent en différents points; elles peuvent pénétrer jusqu'aux os, en provoquer la carie, détruire partiellement le vomer, les cornets, et, à la suite de ces graves lésions, entraîner la nécrose même d'une portion du maxillaire. Dans des cas encore plus rares, on voit les altérations se rapprocher de la forme scrofuleuse; la cloison cartilagineuse se perfore; la lame perpendiculaire de l'ethmoïde se convertit en un tissu semi-cartilagineux, se gonfle et devient comme fongueuse. Il est facile de comprendre la liaison de ces désordres anatomiques avec les symptômes que nous avons énumérés.

Telle est la marche, telles sont les dernières conséquences du coryza syphilitique. Limité communément aux fosses nasales, il peut, avons-nous dit, se propager jusqu'au pharynx, quelquefois même il atteint le larynx et donne naissance à des troubles qui n'offrent rien de spécial. La voix s'altère, elle est rauque, sourde, presque nulle, comme dans le croup; la respiration est sifflante; lorsque l'enfant veut crier, la dyspnée s'exagère et arrive presque à la suffocation. Nous

n'avons vu que dans un cas l'affection laryngée déterminer des ulcérations ; encore la coïncidence d'une diphthérite ne permettait-elle pas de rendre la syphilis responsable des plus graves accidents. La complication que nous signalons est d'ailleurs exceptionnelle, et les accidents secondaires affectent bien moins souvent les amygdales ou le larynx chez les nouveau-nés que chez les adultes.

Quelques observateurs, entraînés par leurs idées théoriques, plutôt que dirigés par l'examen des malades, ont prétendu que les ophthalmies blennorrhagiques se liaient, comme effets ou comme causes, aux altérations de la membrane muqueuse des fosses nasales. Les dispositions anatomiques des parties et la double ouverture des conduits lacrymaux leur fournissaient une explication raisonnable. Leurs assertions nous semblent dénuées de tout fondement.

L'inflammation des paupières ou de la conjonctive est indépendante du coryza, et s'il existe entre les deux organes une voie de communication, il est hors de doute, pour nous, que les accidents ne la suivent jamais. Qui ne sait d'ailleurs combien les affections syphilitiques ont peu de tendance à se propager en suivant la continuité des tissus, et combien elles diffèrent, sous ce rapport, des phlegmasies légitimes ?

En résumé, le coryza, si toutefois ce nom convient à l'affection que nous venons de décrire, est un des signes les plus fréquents et les plus caractéristiques de la syphilis. Il produit une sécrétion de matière d'abord muqueuse, plus tard sanieuse et purulente, des écoulements de sang plus ou moins fréquents et souvent copieux ; il se termine par la carie des os du nez et la déformation de l'organe. Il mérite d'autant mieux d'entrer dans les éléments essentiels du diagnostic, qu'aucune autre maladie que la vérole ne s'accompagne des mêmes symptômes.

Un fait presque aussi constant et sur lequel l'attention a déjà été éveillée doit en être rapproché ; nous voulons parler

de la teinte spéciale que revêt ou le visage ou même le corps entier du malade. Doublet avait déjà remarqué combien les enfants atteints de la maladie vénérienne changeaient d'aspect et de physionomie; ses collègues avaient répété la même observation, et tous rapportaient à une cachexie avancée la modification si notable qu'ils signalaient. La syphilis, en effet, entraîne chez les enfants nouveau-nés un dépérissement graduel, sur lequel nous aurons à revenir; elle agit sur eux à la manière des affections chroniques, dont le propre est d'être d'autant mieux tolérées, qu'elles frappent un sujet plus avancé en âge. Jusque-là rien de spécifique : c'est l'application à un cas particulier d'une loi générale.

Mais, en étudiant le développement de cet état cachectique, on distingue bientôt deux périodes, l'une initiale et qu'on ne peut attribuer au progrès de la maladie, l'autre terminale, et qui le plus souvent est l'annonce d'une mort prochaine. Dès les premiers jours où les accidents vénériens se sont manifestés, avant que la santé se soit pervertie, et tandis que les fonctions s'exécutent avec leur pleine régularité, les enfants à la mamelle ont acquis une physionomie particulière dont l'analogue se retrouve dans certaines conditions de la vie des adultes.

La peau, et surtout celle du visage, perd sa transparence; elle devient terne sans bouffissure ni amaigrissement; sa coloration rosée disparaît, et est remplacée par une teinte bistrée : on dirait qu'une couche de matière colorante a été déposée inégalement.

La teinte bistrée manque rarement; elle varie quant à l'étendue, à l'intensité et à l'époque de son apparition. Tantôt elle occupe presque toute la surface de la peau, mais alors même elle se prononce davantage dans ses lieux d'élection; tantôt elle réside exclusivement au visage, tantôt, enfin, quelques points de la face, presque toujours les mêmes, en sont seuls affectés. En général, plus la teinte est diffuse,

moins elle est fortement accusée. On la constate surtout au bas du front, sur le nez, sur les paupières, et sur la partie la plus saillante des joues; les portions plus profondes, comme l'angle interne de l'orbite, le creux de la joue et celui qui sépare la lèvre inférieure du menton, en sont presque toujours préservés. On ne saurait cependant lui assigner de limites exactement régulières : ainsi, on la voit siéger exclusivement au pourtour de la bouche, sur l'éminence du menton, à la racine du nez, sur l'arcade sourcilière, affectant d'ailleurs de préférence, comme nous l'avons dit, les parties saillantes du visage.

Dans tous les cas, et lors même que la coloration spécifique est restreinte à une très-petite étendue, le reste de la peau y participe à quelque degré; l'enfant devient pâle, blafard. Hunter et tous les anciens médecins ont noté un semblable phénomène dans la syphilis constitutionnelle des adultes; mais tandis que, chez les individus plus âgés, la teinte jaune manque souvent ou est trop peu accusée pour éclairer le médecin, chez les enfants à la mamelle, elle constitue, suivant nous, un signe précieux, et sur lequel nous n'hésiterions pas à affirmer l'infection vénérienne.

Son intensité est quelquefois si grande, qu'on pourrait comparer la couleur de certaines parties à celle des éphélides; le plus ordinairement elle est beaucoup moindre, et n'attirerait pas l'attention s'il ne s'y joignait une matité profonde de la peau, et si elle n'était inégalement répandue.

Le moment de son apparition, et l'intervalle de temps pendant lequel elle s'accroît, jusqu'à ce qu'elle ait atteint son maximum, sont très-variables.

Sa place est marquée parmi les premiers des accidents secondaires, au même rang que le coryza et la roséole. Les renseignements fournis par la mère sont souvent infidèles, parce qu'elle ne s'en est aperçue qu'à une époque déjà avancée. La teinte bistrée, en effet, est précédée d'une pâleur

générale qui rend son apparition moins sensible; elle s'accroît avec une certaine lenteur; son développement dure au moins une semaine. On verra, à l'occasion du traitement, avec quelle rapidité elle se dissipe.

Nous avons exposé avec détail les deux phénomènes qui précèdent, parce qu'ils sont pour nous d'une extrême importance, qu'ils se montrent des premiers; qu'ils sont nettement définis, et aussi pour ne pas scinder ce que nous avons à dire des éruptions cutanées, sujet difficile auquel on ne saurait consacrer trop de développement, et où il importe, faute d'unité dans les symptômes, d'apporter au moins l'unité de la description.

Presque tous les types d'affections cutanées sont représentés dans les syphilides des enfants aussi bien que dans celles des adultes. Cependant, de ces lésions qui pour nous sont des symptômes, les unes sont rares, insuffisantes pour le diagnostic; seules, elles n'autoriseraient jamais un médecin prudent à affirmer la spécificité de la maladie. Les autres se montrent fréquemment, affectent des formes déterminées ou déterminables, siégent aux mêmes lieux anatomiques, et, si elles ne suffisent au diagnostic, donnent au moins matière à de justes présomptions. Ces dernières méritent un sérieux examen, peut-être même sont-elles les seules qu'il importe de rappeler au médecin. En effet, de leur fréquence même il résulte qu'elles accompagnent presque toujours, qu'elles précèdent le plus souvent les exanthèmes moins caractérisés, et fournissent seules les indications du traitement.

Après avoir examiné un grand nombre d'enfants syphilitiques, et quelque habitude que nous ait donnée l'expérience, nous ne craignons pas de dire que certaines éruptions, si elles se montraient séparées de leurs congénères, nous laisseraient des doutes insolubles; et cependant, il n'est peut-être pas un nouveau-né affecté d'accidents secondaires

sur la maladie duquel nous hésitions à nous prononcer. C'est qu'à côté des lésions indécises, il s'en trouve de mieux accusées qui portent avec elles le cachet de l'infection vénérienne.

Les plus grandes obscurités, et chacun sait celles qui règnent encore aujourd'hui dans l'histoire des syphilides, viennent de ce qu'on a voulu trouver des caractères distinctifs où l'observation n'en signale pas. Or, il ne s'agit pas, et nous ne saurions trop le redire, étant donnée une altération de la peau, de l'incorporer dans son genre comme une espèce naturelle, mais de déclarer si un enfant qui porte toujours un certain nombre de ces espèces est ou non atteint de vérole. Le traitement est uniforme pour toutes les variétés; par conséquent le diagnostic, qui n'est que l'introduction au traitement, n'a pas besoin d'être complexe.

En se renfermant dans ces termes, la première question est celle-ci : Existe-t-il des signes généraux qui permettent d'affirmer la nature spéciale d'une éruption quelconque? La couleur cuivrée, brunâtre des taches, la teinte sombre des croûtes qui se développent, la disposition circulaire, qu'on a données comme des caractères distinctifs chez l'adulte, se rencontrent-elles également chez l'enfant nouveau-né?

Quelquefois très-manifeste, la coloration des taches est souvent peu prononcée; dans certains cas, elle n'offre rien de spécial. En général, on peut dire que les enfants vigoureux, bien nourris, qui, malgré l'infection, ont conservé une santé florissante, sont ceux où la teinte cuivrée est la moins apparente; souvent aussi ceux-là n'ont pas le visage *enfumé* qui semble appartenir à un même ordre d'altérations. Certaines formes de l'éruption secondaire ne sont presque jamais cuivrées : ainsi les pustules plates, les tubercules muqueux des environs de l'anus; d'autres présentent ordinairement cet aspect à un haut degré. Nous avons parlé longuement de la teinte générale que prend la peau des nouveau-nés sous l'influence de la syphilis; nous avons montré comment cette co-

loration diffuse devenait plus foncée par places, et combien elle était alors significative. A une époque encore plus avancée de la maladie, l'épiderme qui recouvre les taches bistrées se détache par squames furfuracées, et cet état correspond à la teinte la plus sombre. Aucune affection de la peau, chez les très-jeunes enfants, ne s'observe avec la même couleur ou sous les mêmes apparences.

Les ulcérations des membranes muqueuses, celles des fosses nasales en particulier, sont fauves et assez foncées, pour qu'on ne puisse les confondre avec les lésions non spécifiques. Malheureusement leur nature n'est démontrée que par les autopsies. Les ulcérations de la gorge, du voile du palais, de la cavité buccale, sont seulement rouges ou blanchâtres.

Lorsque des croûtes plus ou moins épaisses viennent à se former sur des ulcérations syphilitiques de la peau, elles sont en général brunes, parfois noirâtres. Peut-être peut-on s'en rendre compte par la marche de la maladie. Les ulcérations vénériennes des jeunes enfants sont presque toujours saignantes; on a vu le coryza provoquer des épistaxis; on voit de même, quoique moins abondamment, une sanie sanglante s'écouler des autres surfaces ulcérées. N'est-ce pas au mélange constant ou en quantité variable de sang avec les produits des surfaces ulcérées qu'il convient de rapporter cette coloration.

La teinte cuivrée n'est pas également sensible à toutes les époques du développement ou de la décroissance des accidents secondaires. On sait que pour les adultes, elle se prononce davantage à mesure que les cicatrices remplacent les ulcérations, ou que les taches érythémateuses disparaissent. Il n'en est pas de même chez les enfants : les cicatrices qui succèdent aux éruptions de toute nature sont rouges violacées, mais prennent rarement la couleur ocreuse. Leur teinte livide est d'ailleurs assez marquée, assez spéciale même

pour qu'on puisse la ranger parmi les caractères distinctifs. En général, elle persiste longtemps, dure des semaines entières, et succède même aux érythèmes. On voit alors la peau marbrée, vergetée comme durant les grands froids, non-seulement après la disparition, mais même avant la venue des phénomènes secondaires.

Tels sont les indices vagues dans un grand nombre de cas, précis dans certains autres, qu'on peut tirer de la couleur de la peau. La disposition circulaire des éruptions n'offre rien qui mérite d'être mentionné.

Parmi les lésions cutanées auxquelles les enfants sont sujets, deux surtout doivent attirer l'attention du médecin, à cause de leur fréquence et de leur régularité : ce sont les fissures et les altérations remarquables des pieds et des mains. Viennent ensuite les syphilides proprement dites, qui coïncident habituellement avec les symptômes dont nous venons de parler.

Aux points où la membrane muqueuse du canal digestif se continue avec la peau, à l'orifice de la bouche comme à celui du rectum, on observe des fissures plus ou moins rapprochées, et qui rayonnent en suivant la disposition des plis naturels de la membrane. Ces stries vont en diminuant de profondeur et par suite de largeur, à mesure qu'on s'éloigne de la membrane muqueuse; leur fond est d'un rouge vif saignant, leurs bords sont comme frangés et bordés d'un liséré irrégulier de sang qui s'y dépose et s'y coagule. De là leur couleur brune assez foncée, qui de loin donne à la bouche un aspect tout particulier. A l'ouverture anale, les fissures semblent creusées moins profondément, elles sont aussi plus pâles et se voient peut-être plus rarement.

Lorsqu'une vésicule ou une pustule s'est développée, comme il arrive si souvent à l'angle des lèvres, les parties environnantes se fendillent les premières, autrement, c'est par la ligne médiane inférieure et supérieure et par les angles qu'elles

débutent; c'est là qu'elles se maintiennent avec le plus de persistance.

La cicatrisation est lente à s'opérer, soit que les mouvements de succion viennent l'interrompre, soit que ces lésions participent du peu de tendance à la curabilité que présentent les ulcérations vénériennes; quelquefois le fond devient comme fongueux, la marge s'épaissit, se relève et laisse voir à nu un tissu mou, saignant, rarement violacé.

Les fissures des lèvres accompagnent presque toujours des éruptions vésiculeuses ou pustuleuses situées dans le voisinage; elles apparaissent plus tard que le coryza, en même temps que la teinte bistrée du visage ou même auparavant. Lorsqu'une pustule lui a donné naissance, la fissure favorise son accroissement, et prépare en quelque sorte la voie à une ulcération plus étendue et plus profonde.

Ces accidents ne manquent pas de gravité ; ils occasionnent aux enfants de vives douleurs qui les empêchent de téter, quelques-uns refusent même le sein. Le coryza, en rendant la respiration laborieuse, ajoute encore une nouvelle difficulté. L'enfant se nourrit peu ou se nourrit mal, et la cachexie à laquelle l'infection vénérienne l'avait prédisposé s'augmente par le défaut d'une alimentation réparatrice. Souvent on voit alors le muguet, suite d'une mauvaise nourriture, envahir la membrane muqueuse de la bouche, et par continuité les ulcérations extérieures.

Une question grave, mais que nous devons nous contenter d'énoncer pour ne pas dépasser les limites d'une simple description, se rattache encore à la présence des fissures des lèvres. N'existe-t-il pas des observations d'où on serait porté à conclure que ces lésions locales se transmettent à la nourrice par l'inoculation la plus directe, et entraînent chez elle des altérations du même ordre, quelquefois assez intenses pour détacher le bout du mamelon?

Les pieds et les mains sont également le siége de désordres

caractéristiques ; soit qu'il faille l'attribuer à la nature des tissus affectés, soit qu'on doive le rapporter à toute autre cause, les éruptions secondaires y revêtent des formes distinctes.

On ne saurait attacher trop d'importance à signaler les lieux d'élection des syphilides. Souvent, en effet, des symptômes, insuffisants partout ailleurs, deviennent significatifs en raison des organes où ils se produisent. C'est ainsi que les affections squameuses observées sur la face ou sur le tronc ne permettraient de préjuger l'infection vénérienne, tandis qu'à la paume des mains, à la plante des pieds, elles sont des indices rarement infidèles. Une autre circonstance impose encore l'obligation d'étudier isolément les accidents qui surviennent aux extrémités des membres. Ils ont là un aspect particulier, et leurs phases ne suivant pas les règles ordinaires, il serait impossible de les faire rentrer dans une description générale. La syphilis d'ailleurs n'est pas la seule maladie des enfants nouveau-nés où l'état des pieds et des mains fournisse de précieux renseigements.

On doit distinguer, dans le développement de ces altérations locales, deux périodes d'une durée indéterminée, mais dont l'une, et c'est la première, peut être si courte qu'elle échappe presque à l'observateur.

D'abord la peau qui revêt la paume des mains et la plante des pieds est rugueuse ; elle s'épaissit notablement, se ride et ressemble assez exactement à celle des femmes qui lavent le linge dans de fortes solutions de potasse. En même temps, ces parties se tuméfient et deviennent plus ou moins rouges, d'autres fois, au lieu d'une rougeur même légère, les surfaces palmaires et plantaires sont pâles, jaunâtres ; l'épiderme est durci, son épaississement est alors plus notable, et le derme lui-même paraît participer à l'induration. Dans tous les points qui correspondent aux articulations et par conséquent aux plis naturels de la peau, on voit des fissures pro-

fondes ulcérées ou non; le pli du poignet n'en est pas plus exempt que ceux des phalanges. Le mal reste ainsi stationnaire durant un temps en général assez court; plus tard, des squames épidermiques peuvent se former et se renouveler; mais cette forme de psoriasis n'est que passagère. Au bout de quelques jours, les squames, s'il s'en était produit, cessent d'être sécrétées; l'épiderme se détache par plaques, et les surfaces prennent un nouvel aspect qui constitue pour nous le second degré.

Le gonflement a disparu, les doigts et les orteils sont mous; l'épiderme endurci a été remplacé par un épiderme de nouvelle formation, si mince qu'on serait au-dessous de la verité en le comparant à la pelure d'oignon. Lorsqu'on presse la peau, on voit se former une infinité de sillons extrêmement rapprochés, comme sur certaines cicatrices récentes; parfois une partie du membre, le talon, par exemple, reste encore couverte de son enveloppe squameuse, tandis que le reste en est dépouillé. Qu'ils aient été précédemment pâles ou rouges, les pieds et les mains deviennent invariablement livides sans teinte cuivreuse: c'est surtout à l'extrémité des phalanges, autour des ongles, que la coloration violacée est intense; l'ongle lui-même se ramollit, le tissu sous-jacent est fortement injecté. Il n'est pas rare que de petites ulcérations se développent, que des tournioles occupent un ou deux doigts; mais cette dernière complication n'est pas liée d'une manière intime aux phénomènes précédents; elle s'observe dans beaucoup d'autres circonstances et paraît dépendre surtout de l'état général du sujet.

Qu'on se garde de confondre les derniers symptômes que nous venons de décrire avec d'autres qui appartiennent à des maladies bien différentes du nouveau-né. Doublet, qui a indiqué plutôt que décrit ce qu'il appelle les *ulcères du talon*, ne nous semble pas avoir saisi la distinction que nous tenons à établir. La diarrhée, et surtout la diarrhée lienté-

rique des enfants du premier âge, s'accompagne souvent, comme on le sait, de muguet; mais un phénomène moins connu peut-être, quoique aussi fréquent, c'est l'apparition simultanée d'un érythème des fesses et des pieds. La peau du talon s'exfolie, l'épiderme est remplacé par une membrane de formation nouvelle, mince, lisse; le derme subjacent est rouge. A ne juger que par ces signes, la confusion serait possible; elle cesse de l'être lorsqu'on met en parallèle la coloration violacée des syphilides, au lieu d'une couleur vive et franchement rouge; l'étendue des altérations qui, d'un côté, n'occupent guère que le talon et les malléoles, et qui de l'autre s'étalent surtout à la face plantaire; la dureté et l'épaississement épidermiques, symptômes exclusivement vénériens; enfin l'état général, qui, fâcheux des deux parts, ne correspond pas à la même forme de cachexie; la concomitance des autres accidents spécifiques que nous avons signalés suffirait d'ailleurs pour lever tous les doutes. L'état particulier des pieds et des mains fournit, lorsqu'il existe, un document d'une grande importance; mais il ne se présente pas avec la même fréquence que le coryza, la teinte bistrée, et les fissures des lèvres. Nous l'avons observé une fois sur cinq environ. Cependant nous devons faire ici une réserve qu'apprécieront les médecins habitués à l'examen consciencieux des malades. Parmi les nombreuses observations que nous avons recueillies, les premières sont celles où le phénomène est mentionné le plus rarement. Peut-être est-ce que, n'estimant pas cet accident à sa juste valeur ou plutôt ne l'ayant pas vu assez de fois pour le prévoir, nous ne l'avons noté que dans ses formes graves et saisissantes. La médecine des enfants a cette exigeance que, le malade ne rendant pas compte de sa sensation, il faut que le médecin sache à l'avance tous les possibles et les passe en revue. Autrement, beaucoup de lésions légères lui échappent, et personne n'est là qui puisse rectifier ou compléter son observation. Toujours est-il que chez les dix enfants

syphilitiques observés depuis que notre attention avait été éveillée, les altérations des pieds et des mains sont dans la proportion de moitié.

Ce qu'il nous reste à exposer des syphilides proprement dites exige moins de développement. Les nouveau-nés sont sujets à presque tous les accidents qui frappent les adultes; les éruptions se présentent avec des formes analogues : il serait donc au moins inutile d'insister ici sur des détails qu'on trouvera consignés dans tous les auteurs. Nous nous contenterons d'indiquer les différences qui séparent la syphilis constitutionnelle des enfants de celle des individus plus avancés en âge.

La roséole syphilitique, par l'ordre de son apparition, doit tenir le premier rang parmi les syphilides des nouveau-nés; elle se montre ordinairement au début des accidents secondaires, plus ou moins confluente, plus ou moins disséminée. Presque toujours générale, la roséole commence par occuper une surface peu considérable; elle s'étend de là, et envahit le reste de la peau. Les membres et surtout les membres inférieurs en sont d'abord atteints; quoiqu'elle appartienne aux symptômes initiaux, elle paraît bien rarement avant le coryza.

On ne saurait mieux comparer ces macules, pour leur forme et leur disposition, qu'à celles de la rougeole; mais elles en diffèrent essentiellement quant aux autres caractères : saillante sans induration, d'autres fois sans élevure notable, l'éruption est d'un rouge plus ou moins foncé, souvent sombre et cuivreux. Lorsque les taches dépassent le niveau de la peau, elles prennent un aspect velouté.

L'éruption se fait rapidement : nous l'avons vue naître et couvrir tout le corps dans l'espace d'une nuit; elle s'efface avec une rapidité presque égale, dans certaines circonstances, pour reparaître après. On observe jusqu'à deux ou trois de ces guérisons et de ces récidives, quoique cependant telle ne soit

pas la marche la plus commune. Chez la plupart des enfants, quelques taches éparses se montrent d'abord, leur nombre s'accroît en même temps que leur contour s'amplifie et se déforme. La période d'augment est de deux à quatre jours; celle de l'efflorescence complète dure, autant qu'on peut l'estimer, le même espace de temps. Alors les macules les moins prononcées disparaissent; les autres, si elles étaient cuivrées, gardent leur coloration ou prennent cette teinte violette qui succède, comme nous en avons déjà fait la remarque, à la plupart des éruptions syphilitiques des nouveau-nés.

La roséole n'a aucune gravité, et c'est peut-être de tous les accidents le plus fugace; mais on doit se souvenir qu'elle devance des lésions plus graves. La transformation des macules en pustules, et plus tard en ulcérations persistantes, est un fait facile à constater. Ajoutons que jamais, et quelque rapidité qu'on eût mise au traitement, la roséole syphilitique n'a été le seul symptôme qui manifestât l'infection. On peut donc, sans crainte d'erreur, prédire, une fois qu'on l'a reconnue, l'apparition prochaine d'une affection moins bénigne. D'ailleurs, c'est par exception que la roséole accomplit toutes ses phases avant que des altérations profondes ne viennent confirmer le diagnostic.

Les syphilides pustuleuses, le psoriasis, et les tubercules plats qu'on désigne aussi sous le nom de *pustules plates*, sont plus fréquents que l'exanthème dont nous venons d'indiquer les traits distinctifs. Nous examinerons successivement leur forme, leur marche, leurs lieux d'élection, et les traces qu'ils laissent même après la guérison.

Qu'elles débutent par des vésicules ou des pustules, les éruptions secondaires des nouveau-nés se recouvrent bientôt de croûtes épaisses, brunes, et dont la couleur nous semble devoir être rapportée au mélange d'un peu de sang avec les matières sécrétées. Les pustules sont rarement épaisses; le

plus souvent agglomérées, elles affectent dans leur arrangement des formes variables, suivant les points où elles se réunissent. La disposition circulaire n'est pas assez prédominante pour qu'on en fasse un signe distinctif. Lorsque les boutons se développent en grand nombre, la partie qu'ils occupent est tuméfiée, le gonflement est parfois assez considérable, rarement il s'étend au loin; les enfants n'éprouvent pas des démangeaisons vives.

On doit, pour apprécier ces lésions à leur juste valeur, tenir compte du lieu où elles se produisent. C'est, en effet, par les phases qu'elles parcourent et par les points qu'elles envahissent que les éruptions syphilitiques diffèrent surtout de celles qui ne reconnaissent pas la même cause.

Dans certaines circonstances dont l'explication manque et que l'expérience nous enseigne, les maladies *gourmeuses* non spécifiques se groupent autour des membranes muqueuses partout où elles se continuent avec la peau. Les lèvres, les bords des paupières, l'orifice du nez, le conduit externe des paupières, les bords des grandes lèvres, sont alors leur siége d'élection. Les syphilides vésiculeuses et pustuleuses ne présentent rien de particulier sous ce rapport; on les voit affecter les mêmes parties. Mais il est des points où les éruptions simples sont rares, et que les éruptions secondaires atteignent souvent : tels sont le menton et l'arcade sourcilière. L'accumulation de croûtes brunes, dessinant les sourcils et se rejoignant à la naissance du nez, imprime à la physionomie des petits malades un aspect singulier et repoussant.

Dans d'autres cas, elles se groupent autour d'une ulcération, d'un tubercule plat, dont la présence aide à caractériser la maladie; quelquefois elles se répandent sur la presque totalité du corps, à la façon de ces eczéma si abondants qu'on observe chez les nouveau-nés.

Il n'est pas douteux que les éruptions secondaires pustuleuses ou vésiculeuses se compliquent, dans un certain nombre de cas, d'exanthèmes analogues, mais d'origine différente.

L'ecthyma syphilitique n'exclut pas l'ecthyma ou l'eczéma simple. La distinction des deux ordres d'altérations ainsi réunies demande une grande habitude, car les caractères différentiels sont à peine susceptibles d'être décrits. La présence des accidents que nous avons signalés comme fournissant la preuve irrécusable de l'infection syphilitique ne saurait ici éclairer la question. La vérole constitutionnelle est admise et reconnue; mais il faut faire le départ de l'affection cutanée et ne rapporter à cette origine que ce qui en découle réellement.

Il importerait cependant de discerner les éruptions simples de celles qui reconnaissent une cause spécifique. Comme la durée du traitement n'est pas absolue, que la diminution ou la cessation des désordres en fournit seule la mesure, on risque de prolonger, faute d'un diagnostic suffisant, un remède que les enfants supportent toujours avec peine. Malheureusement nous ne pouvons qu'en appeler à la sagacité du médecin, les caractères étant vagues, et se tirant surtout de conditions individuelles qui échappent à la description.

Les tubercules plats n'offrent pas les mêmes difficultés; ils appartiennent en propre à la syphilis secondaire, et revêtent, chez les nouveau-nés, la forme qu'on les voit affecter chez les adultes. Leur siége ordinaire est autour de l'anus, mais ils peuvent exister sur presque tous les points de la surface du corps. On les rencontre partout où un repli de la peau favorise les dépôts de matières irritantes. Les bords des grandes lèvres ou le scrotum, suivant le sexe, en sont souvent atteints; on les voit plus rarement dans l'intérieur de la cavité buccale, et les enfants, sous ce rapport, diffèrent beaucoup des adultes. Une fois seulement, nous avons observé une de ces pustules muqueuses qui occupait le bord de la langue près de sa pointe.

Le tubercule plat ne présente dans son évolution rien de particulier; il s'ulcère rapidement. Lorsque la maladie tend

à la guérison, la base indurée devient moins résistante, les bords de l'ulcère s'abaissent et forment une sorte de bourrelet circulaire, en même temps que le fond de la plaie se couvre de bourgeons charnus. A la période d'état, les surfaces ulcérées sont rougeâtres, plus souvent grises que cuivrées, et leurs cicatrices sont colorées en violet plus ou moins foncé.

Ou le tubercule se développe spontanément dans un point où la peau était saine, ou il succède à une tache d'érythème, à des squames de psoriasis. Son origine ne paraît influer en rien sur le mode de son développement. Il acquiert des dimensions très-variables soit en largeur, soit en épaisseur, et peut excéder le diamètre d'une pièce de 1 franc.

D'autres syphilides prennent la forme de *nodus* tuberculeux. Celles-là sont saillantes, arrondies, et beaucoup moins sujettes à s'ulcérer; on les observe surtout au menton et sur les fesses.

Les squames de psoriasis sont peut-être moins communes; il est cependant une circonstance où elles se lient d'une manière intime à des lésions importantes et sur lesquelles nous avons insisté. La teinte bistrée de la face est, on se le rappelle, un des indices les moins douteux de la syphilis. Lorsqu'elle est étendue, peu foncée, elle disparaît comme elle est venue sans subir de métamorphose; lorsque, au contraire, la coloration s'est prononcée davantage sur quelques points, lorsqu'elle a formé de ces taches sombres que nous comparions aux éphélides, la macule finit par se recouvrir de squames épidermiques qui se détachent et se renouvellent plus ou moins longtemps. Cette forme de psoriasis, ordinairement circonscrite au visage, est médiocrement persistante et peut servir de passage à d'autres altérations cutanées.

Le dernier symptôme sur lequel nous ayons à appeler l'attention mériterait, à ne considérer que sa fréquence, d'être placé au premier rang. Nous l'avons réservé, parce

que, étant des plus tenaces, il laisse des traces évidentes alors même que les autres ont disparu ; nous voulons parler des ulcérations de la peau. Ces ulcérations sont un des traits les plus significatifs de la vérole constitutionnelle confirmée ; mais, s'il est facile de constater leur présence, il l'est beaucoup moins de suivre leur génération.

Soit, et c'est le cas le plus rare, que des affections vésiculeuses, squameuses, pustuleuses, les aient précédées, soit qu'elles succèdent à une usure lente, à un soulèvement de l'épiderme, les ulcérations des nouveau-nés sont de deux sortes : ou elles se réduisent à de simples érosions, ou elles gagnent davantage en profondeur, et constituent de véritables ulcères.

Le siége qu'elles occupent varie peu, et, sous ce rapport, les enfants syphilitiques rentrent dans les règles communes. Toutes les fois qu'un enfant du premier âge manque des soins de propreté qui lui sont indispensables, s'il est enveloppé dans des langes d'étoffes grossières, si sa peau reste en contact prolongé avec les urines ou les excréments, l'épiderme s'altère, se détache aux points où le contact des matières irritantes est le plus prolongé. Ainsi, les fesses, le scrotum, les replis des grandes lèvres chez les filles, le pli de l'aine, celui du jarret, les talons, sont les premiers affectés. Chez un nouveau-né parfaitement sain, l'inflammation légère qui en résulte guérit d'elle-même et assez vite; sous l'influence de la syphilis, elle donne naissance à des ulcérations durables.

Malgré les soins les mieux entendus, les enfants gras sont sujets aux mêmes accidents partout où les replis cutanés sont profonds, où il s'exerce un frottement continu des surfaces; une irritation locale se produit : on dit alors qu'ils *se coupent.* Chacune de ces fissures peut devenir l'occasion d'un ulcère; nous avons déjà vu combien souvent les fissures des lèvres exposent au même danger.

Enfin, les ulcérations peuvent se développer spontanément sur des parties exemptes de toute lésion antérieure, ou remplacer certaines éruptions pustuleuses. Quoiqu'il en soit, tantôt réduites à de petites dimensions, elles restent indépendantes les unes des autres, tantôt elles se réunissent et dénudent de larges surfaces. Leurs bords s'indurent, se relèvent, deviennent festonnés, et le plus souvent on y voit, comme aux fissures, un filet marginal teint par le sang coagulé. Le fond de l'ulcère est gris, sanieux; il devient d'un rouge vif sous l'influence d'une irritation accidentelle.

Lorsqu'une certaine quantité de petites ulcérations se sont groupées pour n'en former qu'une, celle-ci est toujours irrégulière, anguleuse. Les points où la peau excoriée forme des angles rentrants sont indurés, épaissis. Ces ulcères, suivant des circonstances impossibles à déterminer, prennent la forme serpigineuse ou pénétrante; nous en avons vu qu'on pouvait comparer aux galeries que certains insectes creusent sous l'écorce des ormes. Leur profondeur est variable: quand la base est tuméfiée, ils semblent pénétrer plus avant dans l'épaisseur du derme; mais peut-être faut-il attribuer cette apparence au soulèvement des bords. D'autres, nous l'avons dit, sont superficiels et ne se distinguent des simples érosions que par leur ténacité.

En effet, qu'elles soient ou non profondément excavées, les ulcérations syphilitiques restent stationnaires ou s'aggravent et ne tendent pas spontanément à la guérison. Quelques-unes cependant se cicatrisent avant l'administration d'un traitement méthodique; les soins de propreté paraissent avoir une influence notable sur leur amélioration. Les cicatrices qui remplacent les ulcères sont d'abord violacées, plus tard fauves ou blanches, et diffèrent, comme on peut le prévoir, suivant que la lésion a été superficielle ou profonde.

Tels sont les symptômes par lesquels se révèle, chez les nouveau-nés, l'infection syphilitique. Des lésions que nous

avons décrites, les unes ne manquent jamais, les autres, pour être moins fréquentes, s'observent encore dans la majorité des cas; enfin, la réunion de tous les phénomènes caractéristiques est elle-même un fait commun. Jamais nous n'avons vu la maladie s'exprimer durant tout son cours par un seul symptôme. Disons plus : il est sans exemple que chacun des accidents qui se succèdent accomplisse isolément ses périodes. De là vient la difficulté d'énoncer avec exactitude l'ordre d'évolution. Entre des phénomènes qui se développent simultanément, de quel droit établir une priorité?

L'ordre que nous avons suivi dans la description est celui que suit ordinairement la maladie; mais les exceptions sont si nombreuses, qu'il n'y a vraiment pas lieu de poser des règles générales : aussi, à défaut de lois communes, il nous semble nécessaire de recourir aux cas particuliers. Le résumé des six observations suivantes, prises au hasard parmi celles que nous avons recueillies, montrera de quelles manières différentes peuvent se combiner les symptômes.

1° Garçon. — Quinze jours après sa naissance, teinte bistrée de tout le corps; quelques jours après, coryza avec écoulement sanieux et ensanglanté; en même temps, fissures aux lèvres, croûtes et squames sur le menton, à la racine du nez, sur le sourcil; ulcérations serpigineuses des fesses et des cuisses.

2° Fille. — Huit jours après la naissance, excoriations autour des malléoles, des fesses, du talon, et de la bouche; fissures des lèvres et papules de couleur cuivreuse sur les cuisses, survenant quinze jours après les ulcérations qui persistent; taches de psoriasis prenant plus tard le caractère tuberculeux.

3° Garçon, né le 7 avril. — Le 8 mai, taches d'érythème après quelques jours de notable pâleur. Le 10, première épistaxis, coryza. Le 17, taches fauves, épaisses, couvertes de squames épidermiques, macules sans élevures, induration

spéciale des pieds et des mains, cils et sourcils rares. Le 20, l'éruption est plus foncée, ulcérations succédant aux croûtes dans le pli du coude. Le 22, teinte bistrée générale, extrêmement prononcée; deuxième période des altérations des pieds et des mains, épiderme fin et luisant.

4° Garçon, né le 14 février. — Le 1er mars, symptômes évidents de coryza, en même temps ulcérations superficielles à base indurée des fesses, des cuisses. Le 12, au matin, taches de roséole, teinte cuivrée du visage toujours croissante. Le 14 avril, éruption lichenoïde, redoublement du coryza, épistaxis.

5° Garçon. — Dès la troisième semaine de la vie, coryza et bientôt affaissement du nez. Au bout de six semaines, fissures des lèvres, ulcérations; état spécial des pieds et des mains. Au troisième mois seulement après la naissance, teinte bistrée très-reconnaissable.

6° Fille née le 2 janvier. Le 20, coryza avec sécrétions sanglantes et purulentes. Le 28, ulcérations des fesses, fissures du pourtour de l'anus. Dans les premiers jours de février, pâleur, teinte bistrée. Le 17 février, roséole assez confluente pour simuler la rougeole, pustules qui se couvrent de croûtes. Le 27 mars, nouvelle roséole (les macules de la première avaient entièrement disparu), taches abondantes aux extrémités et sur le visage et qui s'effacent deux jours après. Le 9 avril, eczéma d'apparence non syphilitique; le coryza persiste.

Cependant, en même temps que les accidents secondaires proprement dits font des progrès, la constitution s'altère, et la cachexie qui en résulte n'est pas un des faits les moins importants de l'infection vénérienne des nouveau-nés.

L'enfant, qui était venu au monde avec les apparences d'une santé robuste, car, nous le répétons, il est presque toujours impossible de préjuger le mal au moment de la naissance, l'enfant pâlit, sa peau devient terne; aux éruptions bien caractérisées auxquelles il est sujet, d'autres moins ma-

nifestes viennent se joindre; les yeux sont chassieux, les paupières bouffies, les cils tombent en totalité ou en partie.

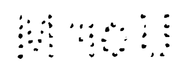
Si quelque plaie accidentelle reste ouverte au moment où les accidents font invasion, elle tarde à se refermer, et prend un mauvais aspect; c'est ainsi que chez un enfant qui fut atteint peu de jours après sa naissance, nous avons vu la cicatrice ombilicale, imparfaite, demeurer pendant plusieurs semaines béante et presque fongueuse.

Non-seulement l'état général est assez mauvais pour entraver la marche de la cicatrisation, mais il est tel que des abcès de mauvaise nature se développent sous son influence. Il faut, pour qu'une infection quelconque ruine ainsi la constitution des malades, ou que le virus ait, comme celui de la morve, une singulière énergie, ou que le sujet infecté n'oppose qu'une faible résistance. Presque tous les enfants, même les mieux portants, sont dans cette dernière condition; ils réagissent avec peine, et subissent au plus haut degré l'action fâcheuse des maladies virulentes.

La cachexie qui résulte de la syphilis a-t-elle un cachet spécial, ou répond-elle exactement à celle que déterminent des habitations malsaines, une nourriture insuffisante ou nuisible, des maladies antécédentes ou certaines affections chroniques ?

Le dépérissement des nouveau-nés est pour nous la conséquence de l'infection vénérienne, mais il n'en est pas la conséquence nécessaire; il faut encore la prédisposition du sujet, qu'on doit regarder comme un élément indispensable. La preuve en est que des enfants, en petit nombre il est vrai, conservent, malgré la syphilis, leur santé presque intacte. Ces faits sont des exceptions sur lesquelles il serait imprudent de compter; mais ils nous servent à renfermer dans ses vraies limites l'influence de la vérole.

Chez les nouveau-nés dont la constitution se détériore de la manière la plus incontestable, l'affaiblissement et les dés-



ordres fonctionnels n'ont aucun rapport avec l'intensité des accidents extérieurs. Les éruptions les plus menaçantes coïncident, comme les plus légères, avec l'état cachectique, et il faut chercher les règles de la prognose ailleurs que dans les symptômes vénériens proprement dits.

Les formes de la cachexie sont aussi diverses que le tempérament et que les conditions extérieures où vivent les individus qui la subissent; sa terminaison, par conséquent, varie au même degré. Peut-être cependant existe-t-il quelques caractères d'une constance suffisante pour permettre au médecin sinon des prévisions certaines, du moins des présomptions.

Dès qu'un enfant atteint de syphilis constitutionnelle s'amaigrit, que, sans obstacle organique, il tette avec moins d'ardeur; qu'il a le sommeil court, interrompu; qu'il crie fréquemment et sans motif appréciable, on doit redouter la diarrhée. Le dévoiement a-t-il débuté avec les manifestations extérieures de la maladie, il faut tout craindre de son issue. La diarrhée, en effet, qu'elle ait été hâtive ou qu'elle se soit fait attendre, est ici plus qu'ailleurs difficile à réprimer.

Nous avons vu combien la membrane muqueuse qui revêt les narines était promptement affectée; nous avons noté que presque toujours l'extrémité anale de l'intestin et l'orifice de la bouche étaient le siége de lésions caractéristiques : il semblerait que les points intermédiaires subissent à quelque degré la même influence. Un examen assez plausible nous conduit encore à cette opinion. Les produits sécrétés par les ulcérations des membranes muqueuses sont si habituellement mêlés de sang que nous avons cru pouvoir en faire un signe distinctif; il en est de même pour les excrétions intestinales. Les garde-robes sont souvent sanglantes, et, ne le fussent-elles pas, la diarrhée persévère avec une opiniâtreté qui rappelle la persistance des autres accidents vénériens.

En même temps que la diarrhée, dont on a rarement à si-

gnaler l'absence, d'autres désordres compromettent la vie du nouveau-né. Tous les médecins habitués à soigner les enfants à la mamelle savent par expérience quels graves dangers entraîne l'appauvrissement de la constitution. Les influences épidémiques les trouvant sans force, ils ont moins que tous autres la chance de leur échapper. Quand les pneumonies règnent en grand nombre, quand la constitution est favorable à certaines maladies aiguës, les enfants cachectiques en sont difficilement préservés; ceux dont la syphilis constitutionnelle a détérioré la santé semblent placés par cela seul dans des conditions encore moins favorables; aussi ne doit-on pas s'étonner que presque tous succombent sinon à la gravité du mal, du moins aux affections intercurrentes.

A quelque degré fâcheux qu'ait été portée la cachexie, sa terminaison est encore plus funeste qu'il n'eût semblé légitime de le prévoir. La plupart des enfants meurent avant que les symptômes aient donné lieu de s'y attendre. On les avait laissés dans un état grave sans doute, mais non pas alarmant; la faiblesse était venue avec lenteur; les maladies incidentes ne paraissaient pas faire de progrès : on devait compter sur un dépérissement graduel, et les petits malades succombent presque tout à coup. Le plus souvent, l'enfant se plaint, crie davantage pendant un jour ou deux, puis il s'éteint sans convulsion, sans lésion soudaine appréciable.

A l'autopsie, on ne trouve pas toujours d'altérations qui puissent expliquer une mort si prompte. Cependant un phénomène commun, et que nous avons constaté dans le plus grand nombre des cas, suffirait pour en rendre compte.

La plupart des enfants syphilitiques qui succombent ainsi portent soit dans le péricarde, soit dans la plèvre, soit même dans le péritoine, des épanchements de sérosité d'une abondance variable. On peut dire qu'ils meurent de la cachexie séreuse.

Les tubercules des poumons ou des autres organes ne nous

ont pas paru plus communs que chez les autres nouveau-nés; ce qui viendrait encore à l'appui de cette loi pathologique que les cachexies spéciales n'appellent pas, du moins dans le premier âge, la cachexie tuberculeuse.

En somme, la syphilis constitutionnelle des enfants est une maladie dangereuse, souvent mortelle, toujours plus grave que celle des adultes.

NOUVELLES OBSERVATIONS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MORVE CHEZ L'HOMME;

Par **E. Monneret**, *agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Bon-Secours.*

Depuis que l'attention des médecins s'est portée sur l'étude des affections morveuses, on a déjà recueilli un grand nombre de faits; cependant, malgré l'importance de ceux qui ont été publiés, on peut dire que l'histoire de la morve est encore remplie de lacunes que des observations ultérieures viendront sans doute combler. La nature et la forme des lésions, les symptômes, les causes de la maladie, ont été étudiés avec un soin digne de tout éloge par plus d'un auteur; mais on n'est pas encore parvenu à porter la lumière dans ces divisions scolastiques et arbitraires qui comprennent la morve aiguë et chronique, le farcin aigu et chronique, la morve farcineuse, etc. Toutes ces divisions sont-elles bien réelles et fondées sur un nombre suffisant d'observations? Pour ma part, je crois qu'on a eu tort d'attacher une grande valeur à ces différences, qui s'effacent souvent et qui ne peuvent dès lors servir à créer des entités morbides distinctes. Les observations que je vais rapporter me paraissent avoir quelque intérêt, parce qu'elles pourront servir à élucider cette question; d'ailleurs, la rareté des cas de ce genre m'a engagé à les publier avec tous les détails convenables. L'un est un

exemple de morve chronique terminée par une morve aiguë ; l'autre, de farcin aigu enté probablement sur une morve chronique. Quelques considérations, d'une certaine importance pour la pathologie humorale, m'ont paru ressortir de l'exposé même des faits que je vais présenter.

OBSERVATION I. — *Morve chronique simple, non farcineuse, terminée d'une manière aiguë.* — Vaudichon, âgé de 48 ans, exerçait depuis un grand nombre d'années la profession de cocher de fiacre, lorsqu'il entra dans mon service, à l'hôpital Bon-Secours, le 4 mars 1847 (salle Saint-Louis, n° 27).

Sa santé n'a commencé à se troubler que depuis trois mois, et encore n'a-t-il cessé de travailler que pendant le dernier. Il s'aperçut d'abord que ses forces diminuaient ; il éprouvait du malaise, de la courbature, de l'anorexie, de la fièvre, et des douleurs dans les régions dorsale et lombaire. Il attribua ces douleurs à une chute qu'il a faite sur les reins, plusieurs mois avant d'entrer à l'hôpital. Il n'a jamais vu paraître à la surface de son corps le moindre bouton, et un examen ultérieur m'a convaincu que son récit méritait toute confiance, car la peau ne présentait aucune trace d'abcès, d'ulcération ou de toute autre lésion qui aurait pu faire admettre l'existence d'un farcin chronique.

Un phénomène bien important, sur lequel il a appelé de lui-même mon attention, est l'écoulement par les narines d'une humeur transparente qu'il compare à de l'eau rousse, et qui était assez abondante pour mouiller plusieurs mouchoirs dans le courant d'une journée. Ce *jetage* s'est manifesté, à plusieurs reprises, pendant les trois mois qui ont précédé l'admission du malade à l'hôpital. Pendant ce temps, l'ouverture antérieure des narines a été obturée plusieurs fois par des croûtes sèches et dures qui mettaient obstacle à la libre entrée de l'air, et gênaient beaucoup le malade ; lorsqu'il parvenait à les expulser, il s'écoulait une petite quantité de sang par les narines. Il avait aussi de l'enchifrènement et une difficulté assez grande à respirer par le nez, ce qui lui faisait dire qu'il était enrhumé du cerveau.

Les symptômes observés le 4 mars, jour de l'entrée du malade, sont des douleurs dans les membres, de l'amaigrissement, de l'anorexie et un peu de fièvre (pouls à 92). A ces phénomènes s'ajoutent, les jours suivants, de la dyspnée, des douleurs pectorales, un sentiment pénible d'oppression, de la toux, une expectoration de

crachats séro-muqueux assez abondants, une altération du timbre de la voix, qui est tantôt affaiblie et presque éteinte, et tantôt rauque et fortement enrouée. Ces symptômes pectoraux sont si marqués qu'ils me conduisent à faire une exploration attentive des organes respiratoires. Malgré les résultats négatifs fournis par l'auscultation, je crus au développement possible de tubercules pulmonaires. (*Infusion pectorale, saignée de trois palettes.*)

Jusqu'au 28 mars voici en quoi consistaient les symptômes; ils restèrent à peu près les mêmes ; l'intelligence était saine; il y avait de l'insomnie; le malade se plaignait surtout d'une forte céphalalgie frontale, de douleurs dans le dos et la continuité des membres, de malaise, d'affaiblissement, d'anorexie et de constipation. La peau était sèche, terreuse, parfois couverte d'une sueur visqueuse; sa température naturelle; le pouls à 72; en un mot, il n'existait pas de fièvre appréciable. Les plaintes du malade étaient causées par un sentiment de malaise, de vagues inquiétudes, plutôt que par une douleur bien déterminée.

Telle était la situation du malade, lorsque, le 28 mars, l'extrémité du nez devint le siége d'une rougeur érysipélateuse, sans tuméfaction sensible. Les narines étaient sèches; quelques croûtes en bouchaient l'ouverture, la droite plus particulièrement. Je reconnus alors l'affection morveuse.

Le 29. L'érysipèle occupe tout le nez et une petite portion de la lèvre supérieure; plusieurs vésico-pustules blanchâtres se remarquent sur l'aile droite du nez.

Le 30. La tuméfaction du nez et de la lèvre supérieure est assez considérable; rougeur foncée de ces parties qui sont déjà livides. Le nombre des vésico-pustules a augmenté. Une matière ténue, grisâtre, séreuse et abondante, s'écoule par les narines, dont les orifices dilatés contiennent une assez grande quantité de mucus blanchâtre, concret. Les paupières et la joue droites sont le siége d'un gonflement œdémateux. On voit sur la voûte palatine quelques plaques de muguet et rien de plus. Malgré la gravité des symptômes locaux que présente la face, la respiration est normale (24 par minute), la circulation à peine troublée (pouls à 92); la température de la peau naturelle; anorexie, soif vive, déglutition facile, ventre indolent; point de météorisme, pas de selle; aucune éruption sur le corps, qui a été soigneusement visité dans toutes ses régions. (*Purgatif; décoction de quinquina*

avec addition de vin de quinquina, 40 *gramm.*; *julep avec musc*, 0,15; *extr. de quinq.*, 1 *gr.*; *liq. anod. d'Hoffmann*, 109; *julep*, 150.)

Le 31. L'état des parties affectées d'érysipèle morveux est à peu près le même. Un stylet que je fais pénétrer dans la narine droite passe aisément, et par une large perforation, visible même à l'œil nu, dans la cavité nasale gauche. La lèvre supérieure, luisante et gonflée, présente vers la commissure droite une tache livide et comme gangréneuse. Il existe quelques râles sonores en arrière, des deux côtés; respiration, 28; point de délire; assoupissement; le malade se plaint de ne pouvoir dormir, et accuse toujours une forte céphalalgie. La membrane muqueuse qui couvre le palais, les tonsilles et le pharynx, est exempte d'ulcération; la langue humide; la déglutition facile; la constipation persistante.

Le 1er avril. L'état du malade est le même; quelques paroles imprudentes, prononcées devant lui, ont causé en lui de vives inquiétudes, une grande agitation, et même le désir de quitter l'hôpital.

Le 2. L'érysipèle morveux a envahi la partie interne des deux joues et la lèvre supérieure; de là il s'est étendu vers l'angle des mâchoires et la partie supérieure du cou. Toutes ces parties sont le siége d'une coloration rouge foncée et d'une tuméfaction médiocre; les paupières à demi-ouvertes participent au gonflement œdémateux; une tuméfaction très-notable existe dans les glandes parotide et sous-maxillaire droites; le nez, couvert de petites vésicules blanches, est déjà frappé de gangrène; sa teinte est brunâtre, sa température sensiblement abaissée. Une sanie roussâtre s'écoule en assez grande quantité par l'ouverture antérieure des fosses nasales. L'intelligence est toujours présente; le malade veut à toute force sortir de l'hôpital; le sommeil est agité, mais il n'y a pas de délire. Je n'observe qu'une faible réaction fébrile; la peau a sa température normale; le pouls est à 100, de force médiocre; la respiration à 28; un peu de toux; crachats muqueux, sanguinolents; quelques plaques de muguet sur la voûte palatine; déglutition facile, ventre tendu, constipation.

Les 3 et 4. L'érysipèle fait de nouveaux progrès; il occupe le pavillon de l'oreille gauche et les régions les plus élevées du cou. La peau du front est le siége d'un gonflement œdémateux. Le pouls n'a point varié; il s'est manifesté pendant la nuit un délire tranquille qui est complétement dissipé ce matin; les forces ont diminué.) La constipation est combattue à l'aide de purgatifs; les préparations de quinquina et le musc sont continués chaque

jour, ainsi que les boissons acidulées avec l'acide nitrique alcoolisé, le vin de quinquina, les lotions chlorurées.)

Le 5. Le délire s'est manifesté de nouveau pendant la nuit ; le malade est sorti plusieurs fois de son lit ; ce matin, assoupissement et prostration légère. Il est évident que l'intelligence est conservée ; dysphagie ; ventre indolent, rétracté ; plusieurs selles ; respiration faible partout ; pouls à 96 ; température cutanée naturelle. La gangrène s'est emparée de la lèvre supérieure ; la rougeur érysipélateuse est descendue jusqu'à l'échancrure sternale ; écoulement mucoso-puriforme par les narines.

Un dernier examen m'a convaincu qu'il n'existait aucune espèce d'éruption sur la surface cutanée ; j'y ai inutilement cherché des pétéchies, des ecchymoses et des pustules.

Le malade succombe sans agonie à deux heures de l'après-midi.

Autopsie le 7, quarante-quatre heures après la mort. — Temps humide et frais. Aucun signe extérieur de putréfaction ; le cadavre est celui d'un homme amaigri et épuisé par une maladie chronique.

Face. La peau qui couvre le lobule du nez et la lèvre supérieure est noirâtre ; son tissu dense, résistant, pénétré par une grande quantité de sérosité rougeâtre. Dans plusieurs points, un pus blanc et épais est contenu au milieu de vacuoles du derme. On le retrouve aussi infiltré, ou sous forme de petits foyers de la grosseur d'une tête d'épingle, dans le tissu cellulaire placé sous la peau du nez et de la lèvre supérieure, ainsi que dans l'épaisseur de ces tissus. Une infiltration séreuse existe dans la plus grande partie du tissu cellulaire dela face.

Fosse nasale droite. La membrane muqueuse qui tapisse les cornets inférieur et moyen est tuméfiée, d'un rouge vif, généralement ramollie, ou couverte, en un grand nombre de points, de grains blanchâtres de la grosseur d'une tête d'épingle, qui ne font aucune saillie au-dessus de la membrane. En les étudiant avec soin, il m'a été facile de voir que cette lésion est constituée par l'accumulation d'une matière mucoso-purulente dans les cryptes muqueux hypertrophiés et distendus par cette matière, que l'on fait sortir aisément avec la pointe d'un scalpel. La face adhérente de la membrane de Schneider se détache aisément des os, et l'on aperçoit sur elle de petits abcès de la grosseur d'un grain de millet qui se sont développés entre l'os et cette membrane ; elle est en outre infiltrée de pus et de sang, et ramollie en plusieurs points.

Cavité gauche. Le cornet moyen est tapissé par la membrane muqueuse rouge, ecchymosée et ramollie ; sur le cornet inférieur,

elle est parsemée de ces espèces de vésico-pustules blanchâtres dont j'ai donné la description, et qui ont leur siége dans les cryptes muqueux hypertrophiés. On ne trouve en aucun point d'ulcération ; quelques plaques grises, ardoisées, se dessinent çà et là.

Les mêmes altérations se voient sur la membrane qui tapisse la cloison nasale (rougeur, hypertrophie, ramollissement, ecchymoses, hypertrophie des cryptes) ; la face adhérente de cette membrane est infiltrée de pus.

Sur la partie antérieure et moyenne de la cloison, vis-à-vis du cornet moyen, on constate une perforation ovalaire de 2 centimètres de long sur un de hauteur, dirigée d'avant en arrière et un peu de bas en haut, formée aux dépens du vomer. Les bords de la perforation sont constitués par l'os dénudé, noirci, friable et carié, et par des lambeaux de membrane muqueuse ramollis, noirâtres, infiltrés de pus et de sang.

Sur le plancher de la fosse nasale gauche, la membrane de Schneider a subi les mêmes altérations que dans les autres parties; nulle part de perforation.

La cavité du sinus maxillaire contient une matière séro-gélatineuse transparente. Le tissu osseux du maxillaire supérieur est ecchymosé en plusieurs points; son périoste se détache aussi plus facilement.

Les glandes parotide et sous-maxillaire gauches ont leur volume naturel, mais sont infiltrées de sérosité. Les mêmes glandes du côté droit ont subi une hypertrophie très-notable; la sous-maxillaire est doublée de volume; leur tissu est ferme, infiltré de sérosité limpide, sanguinolente en plusieurs endroits.

Les tissus qui composent le pharynx, les amygdales et la langue sont sains. Des plaques rouges, de l'injection et des ecchymoses, se remarquent sur la voûte palatine et sur la face interne des joues ; mais on n'y constate ni ulcération, ni gangrène.

Poitrine. La face inférieure du lobe inférieur du poumon gauche offre des fausses membranes récentes, molles et colorées en jaune par un pus à demi concret. Ailleurs, sur le même lobe, il existe de larges ecchymoses dans le tissu cellulaire sous-pleural.

Le lobe inférieur gauche est en partie engoué, en partie hépatisé en rouge. On découvre à son bord postérieur plusieurs noyaux de pneumonie lobulaire, dans lesquels le tissu, induré, friable, d'un rouge lie de vin, laisse écouler un liquide formé de pus et de sang. Dans le centre, il existe un autre noyau de pneumonie que consti-

tue un tissu rouge pâle, friable, et rappelant l'hépatisation grise. Les deux lobes supérieurs sont engoués.

Sous la plèvre droite, nombreuses plaques ecchymotiques; dans l'épaisseur du lobe supérieur, on trouve huit excavations, de la dimension d'un pois, qui paraissent dépendre de la fonte du parenchyme pulmonaire; autour de ces petits abcès disséminés, le tissu est rouge, friable en quelques points, grisâtre et infiltré de pus. Celui-ci s'est rassemblé en un grand nombre de petits foyers purulents qui ont tous les caractères des abcès métastatiques; il en existe aussi dans le lobe inférieur, qui est engoué. Nulle part de tubercules.

Le larynx, la trachée et les bronches sont exempts d'altération.

Cœur. Caillots mous, noirâtres, dans les deux cavités ventriculaires.

Abdomen. Estomac sain; les follicules isolés sont hypertrophiés, et en grand nombre dans la partie moyenne et inférieure de l'intestin grêle; les plaques de Peyer peu visibles. Il n'existe nulle part d'ecchymoses, ni de ramollissement des membranes.

La susbtance du *foie* est injectée près de son bord tranchant; aucun abcès.

Rate. Quatre fois plus grosse que dans l'état ordinaire; son tissu noirâtre, diffluent.

Rein gauche. Fortement hyperémié dans la substance corticale seulement; mêmes altérations dans le rein droit vers son tiers supérieur, qui est infiltré de pus dans l'étendue de 2 centimètres.

Crâne. Infiltration séreuse du cuir chevelu; épanchement de même nature dans la grande cavité cérébrale; sa quantité est de 100 grammes environ. La pie-mère et le plexus choroïde sont infiltrés de sérosité; caillot sanguin bien organisé dans le sinus longitudinal supérieur. La substance cérébrale est plus humide, mais saine, du reste.

La peau n'offre aucune ecchymose, ni aucune des cicatrices que laissent après eux les abcès farcineux.

En lisant l'observation que je viens de rapporter, on est frappé d'abord de la marche lente et insidieuse de la maladie pendant trois mois. Dans cet intervalle, le malade maigrit, perd son appétit et ses forces; tous les symptômes d'une affection générale existent déjà. Mais il serait impossible d'affirmer que cette maladie était déjà la morve, si le jetage,

l'épistaxis morveuse, la formation de croûtes brunâtres, la céphalalgie persistante, n'avaient pas existé. Mais des symptômes aussi caractéristiques ne laissent pas le moindre doute sur la nature du mal, dont le premier développement remonte à trois mois. Il est inutile de dire qu'à cette époque le malade continuait à vivre au milieu des conditions hygiéniques qui engendrent la morve.

Ce qui excite encore l'étonnement dans cette observation, c'est de voir que, pendant les vingt-huit jours durant lesquels le sujet a été soumis à mon observation, les symptômes sont restés si vagues et si légers que rien ne pouvait mettre sur la voie du diagnostic. L'écoulement nasal avait cessé; l'enchifrènement, la dyspnée, l'altération du timbre de la voix, et la céphalalgie, ne pouvaient suffire pour faire reconnaître la vraie nature de la maladie; cependant ils s'y rattachaient à n'en pas douter, car les auteurs qui ont décrit la morve chronique ont observé ces symptômes.

La première phase de la maladie comprend les trois mois durant lesquels la santé de Vaudichon s'est profondément altérée, et les vingt-huit premiers jours qu'il a passés à l'hôpital. Ces quatre mois de maladie furent marqués par les ravages sourds et continuels de l'affection virulente dont il avait reçu le germe, et qui ne s'est révélée d'abord que par les symptômes d'une sorte de fièvre hectique.

La seconde phase, très-courte, n'a duré que neuf jours, et n'a commencé qu'au moment où l'érysipèle nasal s'est manifesté. Les symptômes caractéristiques de la maladie virulente ont persisté jusqu'à la mort. On doit se demander si l'affection morveuse a éclaté pour la première fois à cette époque, ou bien si elle n'a fait que se localiser après être restée jusque-là générale. Je crois que si l'on tient compte de l'enchaînement et de la durée des symptômes qui ont existé pendant la première phase de la maladie, il est difficile de ne pas admettre qu'elle était déjà constituée et qu'elle portait une atteinte

profonde à la constitution, lorsqu'elle a donné lieu à une détermination morbide plus extérieure, à la gangrène nasale. Je ne puis me défendre de l'idée que les altérations des fosses nasales existaient au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, c'est-à-dire vingt-huit jours avant le développement de l'érysipèle. Qu'on se rappelle, en effet, que le jetage, l'épistaxis, l'enchifrènement morveux, se sont montrés pendant trois mois; qu'on n'oublie pas non plus que l'altération des fosses nasales était portée à un degré extrême, la perforation du vomer très-étendue, et enfin que la membrane muqueuse ainsi que les tissus subjacents étaient gravement altérés. Je suis porté à croire, avec MM. A. Bérard et Denonvilliers, que l'érysipèle morveux est dû au voisinage de la lésion nasale. Cette opinion, dont l'importance n'a pas été suffisamment appréciée, conduit à penser que l'érysipèle, dans la morve aiguë et chronique, n'est souvent que le signe extérieur qui annonce les progrès de la lésion des fosses nasales.

Je dois maintenant discuter un point de nosographie qui n'est pas exempt de difficultés: la maladie dont je viens de fournir la description doit-elle recevoir le nom de *morve aiguë* ou celui de *morve chronique?* Si nous nous reportons d'abord aux altérations trouvées sur le cadavre, nous trouvons que les unes appartiennent à la morve chronique, les autres à la morve aiguë. La perforation de la cloison nasale, l'absence de toutes pustules, d'abcès cutanés, de gangrène extérieure, en un mot, de ces produits morbides dont l'enveloppe cutanée est le siége dans la morve aiguë, sont des preuves anatomo-pathologiques en faveur d'une morve chronique. Mais, d'une autre part, l'érysipèle nasal, les vésico-pustules formées par les follicules de la membrane de Schneider, l'injection, l'ulcération, l'hypertrophie, l'infiltration hémorrhagique et purulente de cette membrane, les abcès pulmonaires, les petites pneumonies ambiantes, la pleurésie et les ecchymoses de la plèvre, sont, comme on le sait, des désordres

presque constants dans la morve aiguë. Il y a donc un mélange d'altérations propres aux formes aiguë et chronique de la maladie. Je ferai cependant remarquer que la morve chronique est restée avec ses caractères distinctifs jusqu'à la fin, que la lésion des fosses nasales a existé seule, et si l'on excepte les abcès disséminés dans les poumons, qui témoignaient de l'empoisonnement virulent du sang, tous les autres organes étaient sains. Je n'ai trouvé ni dans le larynx, ni dans la trachée, ni dans les bronches, les désordres et les déformations singulières dont on a parlé; j'ai bien de la peine à les rattacher à l'histoire de la morve chronique. Dans tous les cas, on peut affirmer qu'elles ne sont pas caractéristiques de la maladie, puisqu'elles ont manqué entièrement dans l'observation que je viens de rapporter. Du reste, ce fait est encore utile en ce qu'il montre la maladie dans sa forme la plus simple, la mieux caractérisée, et sans aucun mélange de maladie étrangère. La morve aiguë n'y figure que pour une très-petite part, et l'érysipèle nasal seul représente cette dernière.

Nous allons voir maintenant que les symptômes permettent aussi de décider que la maladie était bien la morve chronique. Un des traits les plus curieux de la maladie est la marche lente de l'empoisonnement virulent, qui ne s'est manifesté pendant longtemps que par des troubles généraux au milieu desquels il eût été difficile de découvrir les caractères d'une affection morveuse. Survenue d'emblée sans être précédée de farcin, elle ne s'est compliquée d'accidents graves que le 28 mars, c'est-à-dire huit jours avant la mort. Jusque-là, les troubles des fonctions respiratoires, l'amaigrissement, la diminution des forces, furent les seuls symptômes observés. Plus tard, les signes d'un empoisonnement aigu se manifestèrent; mais combien étaient grandes les différences qui existaient même à cette époque entre les symptômes offerts par le malade et ceux que provoque la morve aiguë. Il y avait peu de fièvre et un trouble fort léger de l'innervation; le

sujet n'a présenté ni ces suppurations, ni ces gangrènes disséminées, ni ces phénomènes ataxo-adynamiques que l'on rencontre dans la morve aiguë, et qui font ressembler cette affection à une peste ou à un typhus de la nature la plus grave. Le malade, au contraire, se consumait lentement sans fièvre bien marquée, et comme si c'eût été par l'effet d'une désorganisation viscérale chronique. Toutefois, il est arrivé un moment où un état subaigu a succédé à la forme chronique, et encore la lésion n'a-t-elle pas dépassé les fosses nasales. Des abcès dans le poumon, des traces de pleurésie purulente et hémorrhagique : tels sont les seuls désordres trouvés sur le cadavre. Il semble donc naturel de conclure que la forme chronique de l'intoxication morveuse est moins grave que la forme aiguë, et que l'on pourrait peut-être, si l'on reconnaissait de bonne heure la maladie, lui opposer une médication efficace et capable de prévenir le développement de ces graves lésions, qui ne laissent plus d'espoir une fois qu'elles sont manifestées.

Je dois, en terminant ces remarques, insister sur une particularité essentielle dont les auteurs ne disent rien, je veux parler du glandage, si fréquemment observé sur le cheval et si rarement chez l'homme. La tuméfaction des glandes ne s'est effectuée que dans les derniers jours et lorsque l'érysipèle facial existait déjà, ce qui me porte à croire que le glandage était lié à l'érysipèle et non à la morve, c'est-à-dire à la lésion qui avait son siége dans les fosses nasales. Une dissection attentive de la glande sous-maxillaire droite m'a convaincu que ce gonflement tenait à une infiltration séreuse, et non à une phlegmasie semblable à celle que l'on constate dans les adénites simples ou virulentes.

L'observation qu'on vient de lire, digne d'intérêt à cause de l'extrême rareté des cas de morve chronique que l'on trouve déposés dans les annales de la science, acquiert plus d'importance encore lorsqu'on la rapproche de l'observation suivante.

Celle-ci, en effet, nous présente un nouvel exemple de morve chronique qui était en voie de guérison, lorsque les symptômes du farcin aigu ont éclaté tout à coup et déterminé la mort du sujet.

Obs. II. — *Farcin aigu rapidement mortel, terminant une morve chronique.* — Robinet, âgé de trente-six ans, entré à l'hôpital Bon-Secours le 30 mars 1847, est placé dans mon service (salle Saint-Louis, n° 1). Cet homme, doué d'une bonne constitution, n'a jamais été malade et n'a contracté aucune affection syphilitique; il n'était malade que depuis cinq jours. Il travaillait auparavant aux fortifications de Paris, et avant cette époque, il était resté quinze jours dans l'administration des eaux filtrées de Paris; il conduisait un cheval, et n'était point chargé de le panser.

Depuis dix mois, il était sorti de chez un meunier chez lequel il était resté pendant quatre ans employé à conduire des voitures et à panser les chevaux. Durant ce temps, un grand nombre de ceux-ci fut affecté de maladies diverses : les uns avaient le *rhume*, et *jetaient* par les naseaux une grande quantité d'humeur; les autres étaient couverts de plaies, d'ulcères et d'abcès que Robinet était chargé de laver et de panser. Plusieurs de ces animaux, déclarés incurables et impropres au service, furent abattus par l'ordre du vétérinaire. Le malade, qui n'attache aucune importance aux renseignements qu'il me fournit, assure qu'il s'est blessé plusieurs fois aux mains en soignant ses chevaux; mais les plaies se sont rapidement cicatrisées, excepté celles qui se formèrent dans l'hiver de 1846. Il couchait dans la même écurie que les chevaux, et son lit n'était séparé par aucune espèce de cloison.

Le 30 mars. Les symptômes offerts par le malade sont du malaise, de la courbature, des douleurs assez fortes dans la région lombaire et les fesses, de l'anorexie, de la céphalalgie; ces symptômes duraient depuis cinq jours.

Le 2 avril. Je fais appliquer trente sangsues sur les parties douloureuses; il n'y avait point encore de fièvre.

Le 3. Chaleur à la peau, faible accélération du pouls (92 puls.), céphalalgie, insomnie; douleur intense occupant la partie antérieure et externe de la cuisse droite, immédiatement au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure. La plaie, un peu rouge en ce point, couvre une tumeur aplatie, peu distincte, et douloureuse à la pression: dans l'aine droite, plusieurs ganglions lym-

phatiques hypertrophiés. Mon attention étant éveillée par le cas de morve dont je venais d'être témoin quelques jours auparavant, je reconnus immédiatement l'existence d'une maladie semblable chez Robinet.

Le 4. Mêmes symptômes, mais de plus, toux rare, expectoration de quelques crachats rouillés, sonorité normale de la poitrine; respiration libre, tout à fait naturelle; point de coryza ni d'écoulement par le nez, qui a été *exploré plusieurs fois*; anorexie, soif vive, fonctions digestives intactes.

Les phénomènes morbides qui prédominèrent à partir de cette époque furent ceux annonçant une rapide génération du pus dans l'économie. En effet, des collections purulentes se montrèrent successivement, dans l'espace de cinq jours, en différentes parties du corps; sur l'avant-bras droit, sur le bras gauche, dans la région deltoïdienne du même côté, sur la partie antérieure et inférieure de la cuisse gauche près de la rotule, et enfin dans le testicule du même côté. Ces abcès étaient mal circonscrits, accompagnés d'une médiocre douleur, d'un gonflement peu notable; la peau y était à peine rouge; en un mot, tous les caractères des abcès farcineux s'y trouvaient réunis. Cependant, à ces symptômes s'en ajoutèrent d'autres qu'il me reste à indiquer jour par jour.

Le 5. Les sens et l'intelligence sont intacts; insomnie; face anxieuse, exprimant la stupeur à un faible degré; plaintes occasionnées par les douleurs des membres, céphalalgie frontale, pouls à 100; respiration, 40; aucune altération de la voix; langue sèche, dents fuligineuses, soif vive; aucune rougeur, aucune coloration morbide sur la membrane muqueuse bucco-pharyngienne; ventre indolent, point de météorisme, pas de selles, urines n'offrant rien de particulier. (*Huile de ricin*, 31 *gram.*; *décoction de quinquina*; *cataplasmes sur les points douloureux.*)

Le 6. Pouls à 88; respiration, 40; même état des fonctions. Les douleurs occupent les points des membres qui sont le siége des abcès. Il s'est formé au niveau de l'angle externe et supérieur de l'omoplate droite une nouvelle tumeur purulente de 2 centimètres carrés, rouge, douloureuse, et ressemblant assez bien à une plaque d'érythème noueux. La suppuration est évidente dans le testicule gauche et dans la tumeur placée près de l'épine iliaque droite. (*Décoct. de quinq., décoct. d'orge avec acide nitrique alcoolisé.*)

Le 7. Les tumeurs de l'avant-bras droit et de la cui se gauche ont presque disparu. Une incision profonde, pratiquée dans la tumeur située dans le deltoïde gauche, ne fait sortir que du sang.

Dans la journée, le malade éprouve une transpiration abondante, mais point de frisson; le matin, au moment de la visite, malgré l'état grave où il se trouve, le pouls est à 84, la respiration à 28; il semble qu'une rémission s'est effectuée dans tous les symptômes. (*Potion avec iodure de fer*, 0,60; *extr. de quinquina*, 0,50; *musc*, 0,10.)

Le 8. Toute la face interne de la jambe droite, dans son tiers inférieur et jusqu'au-dessous de la malléole interne, est rouge, douloureuse et gonflée; on retrouve les mêmes symptômes à la partie externe et supérieure du même membre; le mollet est tendu, très-sensible à la moindre pression; les orteils ne présentent ni rougeur ni pustule. Le testicule gauche, l'avant-bras droit, l'épaule du même côté, offrent les symptômes observés les jours précédents, et qui annoncent l'existence de collections purulentes rapidement formées; celle qui était dans la gaîne du fascia lata du côté droit a disparu. Les ganglions inguinaux sont moins volumineux; épistaxis de quelques gouttes, sueurs abondantes, sudamina, aucune tache typhoïde, insomnie, intelligence nette, pouls à 100, respiration à 36, fuliginosités dentaires et linguales, selles fréquentes et copieuses; même intégrité des autres fonctions. (*Décoction de quinquina, 2 litres, avec iodure de potassium, 1 gram. par litre*; *potion avec iodure de fer, quinquina et musc, ut supra.*)

La journée a été paisible; vers cinq heures du soir, fièvre intense, agitation sans délire; la jambe droite devient le siége d'une forte et rapide tuméfaction, de douleurs vives spontanées, et de larges ecchymoses noirâtres occupent toute la peau du mollet.

Le 9. Le malade est pris, à sept heures du matin, d'un frisson intense, de claquement de dents, d'une sensation pénible de froid, de constriction violente au niveau de la gorge. La respiration s'embarrasse, et le malade meurt rapidement avec toute sa présence d'esprit (huit heures). La peau de la jambe est livide, noirâtre en plusieurs points; sa température plutôt élevée qu'abaissée.

Autopsie faite le 10, vingt-quatre heures après la mort.—Le cadavre offre de nombreuses lividités cadavériques; l'épiderme, soulevé par une sérosité sanguinolente, se détache en plusieurs points.

Crâne. Un caillot fibrineux, décoloré et résistant, remplit le sinus longitudinal supérieur; un peu de sérosité transparente infiltrée dans les mailles de la pie-mère qui couvre la convexité des hé-

misphères cérébraux; substance nerveuse exempte de toute altération.

Fosses nasales. La membrane qui tapisse les cavités nasales droite et gauche est le siége de ce pointillé rouge, uniforme, très-fin, qui donne à la membrane de Schneider une teinte rosée, et appartient à l'état normal. Malgré les investigations les plus minutieuses, je n'ai remarqué ni granulations blanches, ni érosion, ni le moindre vestige de cicatrice. Sur la face droite de la cloison nasale, on voit un piqueté rose semblable à celui que présente la paroi externe.

Cloison. A la partie antérieure de la cloison, au devant du vomer, existe une perforation complète du cartilage. Cette perte de substance, de la largeur d'un centimètre et assez régulièrement elliptique, est placée au-dessus du plancher des fosses nasales; son grand diamètre dirigé d'avant en arrière et un peu de bas en haut. Les bords sont mousses, arrondis, taillés en biseau d'une manière égale aux dépens des deux faces, et recouverts par la membrane muqueuse, dont la consistance et la texture sont tout à fait physiologiques; cependant elle est un peu colorée en gris ardoisé sur quelques points, comme l'est ordinairement le tissu cicatriciel des membranes muqueuses. L'examen attentif de cette perforation m'a convaincu qu'elle était le résultat d'une ulcération ancienne de la membrane de Schneider et de la destruction du cartilage en ce point. La cicatrisation était entièrement achevée depuis longtemps.

Le sinus maxillaire droit renferme une assez grande quantité de sérosité; sur la paroi supérieure de ce sinus, entre l'os et le périoste, existe un petit abcès de la grosseur d'un pois.

La cavité buccale est entièrement exempte d'altération.

Membre supérieur droit. Tout le tissu cellulaire qui couvre la face dorsale de la main est le siége d'une infiltration purulente. On trouve, en grande quantité, du pus jaunâtre dans les gaînes des muscles de l'avant-bras, du long abducteur du pouce, du second radial externe, des extenseurs communs des doigts, entre le cubitus et le muscle cubital antérieur, enfin dans le tissu cellulaire sous-cutané, vers l'angle supérieur et externe de l'omoplate.

Membre supérieur gauche. Les fibres musculaires qui constituent la couche la plus superficielle du muscle deltoïde sont infiltrées de sang et de pus; les autres muscles divisés dans leurs différentes portions n'ont rien offert d'anormal. Toutes les articulations ont été ouvertes; elles étaient exemptes d'altération.

Membre inférieur droit. La jambe droite est tuméfiée, l'épiderme soulevé dans une grande partie de son étendue par une sérosité séro-sanguinolente. Le derme lui-même, fortement imprégné de sang et brunâtre, adhère aux muscles sous-jacents par le tissu cellulaire, qui est le siége d'un vaste épanchement sanguin. Les veines sous-cutanées sont distendues par du sang liquide et par quelques caillots d'une faible consistance. On trouve un vaste foyer hémorrhagique dans toute l'épaisseur du muscle soléaire, qui est brunâtre, mou, friable, et ressemble au parenchyme de la rate lorsqu'elle est ramollie.

Il existe au-dessous de l'arcade crurale cinq ou six ganglions lymphatiques hypertrophiés, rouges et friables; sous la peau qui couvre le muscle tenseur de l'aponévrose, un abcès gros comme une noisette et contenant un pus verdâtre, assez bien lié. Les muscles de la cuisse n'offrent qu'un petit nombre de foyers hémorrhagiques ; les veines sont gorgées de sang.

Aucune jointure ne contient de pus; sur la partie antérieure de l'astragale, existe une tache rouge lie de vin, dont le cartilage paraît être le siége.

Membre inférieur gauche. La partie moyenne du muscle vaste externe est infiltrée par une quantité considérable de pus; celui-ci est jaunâtre, épais, bien lié. Plus loin, les fibres musculaires baignent dans un liquide sanieux, rougeâtre; larges ecchymoses dans le tissu cellulaire qui couvre le tiers supérieur et interne du tibia. Toutes les articulations saines; épiderme soulevé en un grand nombre de points par une sérosité sanguinolente.

Poitrine. Engouement du lobe inférieur du poumon droit; emphysème sous-pleural et vésiculaire de presque tout le lobe supérieur du poumon gauche; nulle part d'ecchymose ni d'abcès métastatiques ou de pneumonie; quelques ganglions bronchiques hypertrophiés sans autre altération. Le larynx, la trachée et les bronches, visités avec le plus grand soin, n'ont rien présenté d'anormal.

Sur le cœur, quelques taches laiteuses anciennes; un caillot jaunâtre, résistant, entouré de sang fluide dans les cavités droites. Nulle part de phlébite ni de coloration morbide des parois veineuses.

Abdomen. On remarque une rougeur uniforme sur la membrane interne du pharynx, et une injection fine le long de la grande courbure de l'estomac, sans altération de sa membrane interne. Vers la fin de l'intestin grêle, dans l'étendue de 3 décimètres, les glandes

isolées sont hypertrophiées, saillantes, rapprochées les unes des autres comme dans certaines dothiénenteries; trois plaques de Peyer un peu hypertrophiées sont marquées de points noirâtres. Nulle part d'ulcération.

La rate ramollie a quatre fois son volume normal.

La substance rouge du foie est hyperémiée, et se dessine sous forme de grains rouges. On voit à la surface de l'organe un assez grand nombre de plaques d'un blanc jaunâtre, produites par l'infiltration de pus dans le parenchyme hépatique. Celle-ci s'étend à 2 centimètres de profondeur, et le tissu qui entoure cette lésion est rouge et friable; le foie est volumineux.

Les deux substances du rein gauche sont rouges et congestionnées; on découvre sur la face convexe trois plaques blanchâtres d'un centimètre chacune, dans lesquelles le tissu est visiblement infiltré de pus.

Même hyperémie dans le rein droit; toutes les glandules de Malpighi sont injectées, rouges et saillantes. Un des cônes est entouré d'un tissu jaunâtre formé par le pus combiné à la substance rénale. Sur la face externe, sous la capsule d'enveloppe, on aperçoit un grand nombre d'ecchymoses.

Dans le testicule gauche, le corps d'Hygmore, infiltré de pus, renferme un abcès de la grosseur d'une noisette; le testicule droit tout à fait sain.

Remarques. — Les cas de farcin aigu sont rares, et ceux que l'on possède ne sont pas tous rapportés avec assez de détails pour servir à l'histoire de la maladie. Dans l'observation qu'on vient de lire, les symptômes et les diverses phases ont été étudiés avec soin dès le début, parce que j'ai reconnu sur-le-champ la nature de l'affection.

On voit d'abord que Robinet vivait depuis longtemps au milieu des causes les plus capables de faire naître la morve; on comprend même difficilement comment il a pu échapper si longtemps à la contagion et à l'infection. Dix mois avant le développement de la maladie qui l'a emporté, il avait cessé de panser des chevaux. Faut-il donc faire remonter à cette époque l'origine du mal? Il me serait impossible de répondre à cette question, parce que la durée de l'incubation n'est pas

mieux connue pour la morve que pour un grand nombre d'affections virulentes. On a prétendu que l'incubation variait de quinze jours à trois semaines pour le farcin, et qu'elle était de plusieurs années pour la morve. On a cité récemment l'observation d'un homme qui était détenu depuis cinq mois, lorsqu'il fut atteint de cette affection (Chatelain, *Gazette des hôpitaux*, p. 382; 1845), et on possède bien d'autres exemples d'une plus longue incubation. Ainsi donc, on peut très-bien soutenir, si l'on veut, que l'affection morveuse de Robinet avait au moins dix mois de date.

Le farcin aigu est une maladie assez rare pour que je doive retracer d'une manière complète et les symptômes que j'ai observés et les différentes phases qu'ils ont suivis dans leur évolution; on peut fixer à huit jours la durée des prodromes, qui consistèrent en symptômes généraux, tels que lassitudes, douleurs musculaires occupant surtout les lombes et les fesses, céphalalgie, anorexie.

Le neuvième jour, la fièvre se manifeste, faible encore, mais accompagnée déjà des symptômes caractéristiques du farcin aigu. Une première collection purulente se forme dans la cuisse droite; bientôt elle est suivie d'un grand nombre d'abcès disséminés en différents points du système musculaire. La pyogénie est le premier acte pathologique qui a marqué le début du mal; les jours suivants, celui-ci affecte encore la même forme, et de nouveaux abcès paraissent avec une effrayante rapidité. Au milieu de cette prompte et rapide génération purulente, la peau est épargnée: on n'y aperçoit ni ces pustules, ni ces ecchymoses, ni ces diverses éruptions dont nous parlent les observateurs, et qu'ils regardent comme constants dans le farcin aigu. J'avais un trop grand intérêt à m'assurer de ce fait pour ne pas explorer avec soin toute la surface cutanée; nonobstant cette recherche, je n'ai constaté qu'une petite tumeur rouge, mollasse, semblable à un plaque d'érythème noueux, qui occupait l'épaule droite. J'ignore si

l'absence des lésions cutanées tient à la marche rapidement mortelle de la maladie ou à une autre cause; mais ce qu'il est permis d'inférer, c'est que ces lésions peuvent manquer dans le farcin aigu. Il en est de même de l'érysipèle, des eschares et des ulcérations.

Une autre groupe de symptômes moins graves que les collections purulentes et dont les auteurs ne disent rien s'est manifesté dans les derniers jours de la maladie; je veux parler des hémorrhagies. J'ai dit, dans le cours de l'observation, que le sang s'était épanché en grande abondance dans une foule de points, sous l'épiderme et sous la peau, pour constituer de larges phlyctènes et des ecchymoses de la largeur de la main, ainsi que dans la profondeur des muscles de la jambe, de la cuisse, du membre supérieur. A côté des parties ainsi frappées d'hémorrhagie, on trouvait des infiltrations non moins considérables et non moins étendues de matière purulente, de telle sorte que cette forme grave de farcin que j'ai observée était caractérisée tout à la fois par une rapide génération de pus et par la sortie du sang hors de ses voies naturelles; le tissu cellulaire et musculaire, la plupart des viscères intérieurs, la rate, le foie, les reins, le testicule gauche, les ganglions inguinaux, étaient le siége de l'infiltration de pus et de sang.

J'ai déjà indiqué les altérations cadavériques en parlant des principaux symptômes; il en est une cependant dont il m'importe d'apprécier rigoureusement la valeur. La cloison nasale était perforée par une ulcération entièrement cicatrisée, et recouverte d'un tissu de réparation. A quelle maladie convient-il de rattacher une pareille altération? J'éloigne tout d'abord l'hypothèse d'une maladie syphilitique, parce que les déclarations du malade ont été formelles et négatives à cet égard, et que d'ailleurs il n'existait aucun vestige de maladie syphilitique. On s'accorde assez généralement aujourd'hui à considérer la perforation de la cloison nasale, quand

elle s'accompagne des symptômes que j'ai retracés, comme une preuve certaine de l'existence de la morve; mais l'ulcération était cicatrisée, et l'on est en droit de se demander si elle dépend d'une affection morveuse. Une grave objection s'élève à ce sujet. Tous les cas de morve bien avérés se sont terminés par la mort, excepté chez un sujet récemment observé par M. Chatelain; mais cet exemple ne peut servir à lever les doutes : en effet, au lieu de porter le titre de morve aiguë que lui donne l'auteur, il doit figurer au nombre des cas de morve chronique; car il a duré près de trois mois, et ne s'est point accompagné des altérations cutanées caractéristiques de la morve aiguë. Le malade qui fait le sujet de mon observation a-t-il été atteint d'une morve chronique à laquelle il a résisté, et dont la lésion caractéristique (perforation de la cloison) était guérie lorsque l'infection virulente, sur le point de s'étendre, s'est tout à coup ranimée avec violence pour produire un farcin aigu? Telle est, suivant moi, l'hypothèse la plus probable, mais qui est loin de m'être entièrement prouvée. Robinet m'a affirmé qu'il n'avait jamais été malade pendant tout le temps qu'il a pansé des chevaux, ni depuis cet époque; il a eu des plaies aux mains, mais elles se sont cicatrisées sans aucun symptôme grave : comment dès lors admettre qu'il ait eu une morve chronique? Certes, voilà de graves objections que je n'hésite pas à montrer dans tout leur jour: toutefois elles ne m'empêchent pas d'incliner vers la supposition que j'ai faite d'une morve chronique terminée par un farcin aigu. Voici les motifs qui me portent vers cette hypothèse : Robinet était un de ces hommes qui accordent peu d'attention à leur santé, et il fallait bien qu'il en fût ainsi puisqu'il s'est blessé plusieurs fois, en pansant des chevaux morveux et farcineux, sans se préoccuper des suites que pouvaient avoir ces blessures. D'ailleurs les symptômes de la morve chronique sont légers, et l'on en n'aurait qu'une idée très-fausse, si on les croyait semblables à

ceux de la morve aiguë : un peu de dyspnée, de la toux, de l'amaigrissement, la perte des forces, le jetage, voilà les symptômes que nous a présentés Vaudichon, le premier malade dont j'ai rapporté l'observation. Pendant trois mois, il s'est à peine occupé de sa santé ; c'est à peine s'il nous a parlé du jetage, de l'épistaxis et de l'éternument morveux dont il était affecté. Pourquoi donc Robinet aurait-il été plus attentif à ces symptômes s'ils ont existé ?

Une autre raison qui me porte encore à admettre l'existence d'une morve chronique se déduit naturellement de la lésion que j'ai rencontrée dans le sinus maxillaire droit. Outre la sérosité dont il était rempli, il existait à sa paroi supérieure, entre l'os et le périoste, un petit abcès de la grosseur d'un pois, qui était comme le dernier vestige de la lésion des fosses nasales, et semblait témoigner en faveur de la nature virulente de cette affection J'ai à peine besoin de dire que les os du nez et de la face, que le pharynx, la voûte palatine, étaient exempts de ces altérations qui décèlent l'existence des affections syphilitiques ou scrofuleuses.

La terminaison de la morve par la guérison n'est pas rare chez le cheval; pourquoi se refuserait-on à admettre qu'elle est possible chez l'homme, lorsqu'elle se manifeste sous une forme chronique? Celle-ci a une marche assez lente et des symptômes assez légers pour que l'on doive supposer que la morve peut se terminer heureusement, soit spontanément, soit par l'effet d'une médication appropriée, surtout lorsqu'elle sévit à l'état chronique. J'incline à croire que si l'on possédait un plus grand nombre d'observations de morve chronique bien avérée, on trouverait des exemples de guérison. Aussi dois-je appeler toute l'attention des médecins sur cette issue heureuse de la maladie, afin qu'ils la cherchent sur les sujets affectés de ces maladies, dont le diagnostic est souvent bien difficile, et qui se rapprochent par plus d'un trait des pyohémies et des fièvres à symptômes

typhoïdes ou septiques. Peut-être alors trouvera-t-on que les morves chroniques sont moins rares qu'on ne l'a pensé jusqu'ici. Il est d'ailleurs possible qu'il arrive pour la morve ce qui est advenu pour quelques maladies : à mesure qu'elles sont devenues plus fréquentes, elles ont perdu fort heureusement de leur violence et de la gravité qu'elles avaient à leur début.

Les raisons que je viens d'exposer m'ont déterminé à voir dans l'observation précédente une morve chronique terminée par un farcin aigu. Toutefois, j'avais songé d'abord à la considérer comme un farcin aigu, parce que l'existence de cette dernière maladie ne saurait être contestée. Mais alors, à quelle affection rapporter la perforation nasale? Les exemples de farcin aigu d'emblée sont, je crois, plus rares qu'on ne le suppose; ils succèdent le plus ordinairement à une morve chronique dont on a méconnu les premiers symptômes.

Si nous résumons maintenant les caractères anatomiques présentés par le malade, nous trouvons : 1° que la peau n'a offert aucune des altérations propres à la morve aiguë; 2° que le système circulatoire était exempt de lésions; 3° que les ganglions inguinaux étaient enflammés; 4° qu'il n'y avait dans les poumons ni abcès, ni aucun de ces désordres que la pyohémie entraîne ordinairement avec elle, et que les auteurs disent avoir observés dans le farcin aigu comme dans la morve aiguë. Par contre, j'ai constaté dans les fosses nasales une lésion qui appartient à cette dernière maladie sous forme chronique. Ainsi donc, si d'une part les quelques désordres cadavériques rapportés par les auteurs au farcin aigu ont manqué, ceux qui caractérisent essentiellement cette maladie ont existé, et il s'en est joint un qui est évidemment propre à la morve.

J'avais donc raison d'établir, en commençant ce travail, et après avoir rapporté une première observation, que ces divi-

sions de l'affection morveuse en morve et en farcin sont souvent illusoires; qu'elles ne peuvent représenter qu'un état transitoire de la science; qu'on peut trouver réunis, ou séparés, ou combinés de différentes manières, les lésions et les symptômes, sans qu'on doive attacher une grande importance à ces distinctions; enfin, qu'il faut attendre de nouveaux faits avant de classer les lésions et les symptômes de l'affection morveuse.

En présence des désordres cadavériques dont les viscères étaient le siége, on reste étonné de ne voir paraître qu'un petit nombre de symptômes. La température de la peau est restée naturelle; dans les derniers jours, celle-ci se couvrit de sueurs abondantes et d'un grand nombre de sudamina. Un frisson violent, avec claquement de dents et constriction pharyngienne, s'est manifesté quelques heures avant la terminaison fatale. Ce qui est fait pour étonner, c'est que, malgré cet empoisonnement général qui se manifestait par la sécrétion de pus et par la sortie du sang dans tous les points de l'organisme, les fonctions intellectuelles ne se sont pas troublées, si ce n'est pendant les dernières heures. Les forces étaient bien conservées; il y avait une céphalalgie frontale légère, de l'insomnie causée par les douleurs dont les membres étaient le siége. Je n'ai vu paraître que les derniers jours les symptômes ataxo-adynamiques si constants dans les maladies par empoisonnement septique et dans les pyohémies. La fièvre a été nulle dans les premiers jours; le pouls, après avoir été à 92 et à 100, est retombé à 88 et à 84, et n'a pas dépassé 100 la veille de la mort. Les fuliginosités labiales et dentaires, la sécheresse de la langue, la diarrhée, ne sont survenues que dans la période ultime de la maladie, pendant les deux derniers jours. Ainsi, les symptômes réactionnels sont restés jusqu'à la fin hors de toute proportion avec les lésions dont l'appareil locomoteur était le siége. La mort a été le résultat évident de la génération purulente, et

peut-être plus encore des hémorrhagies multiples et abondantes, sur lesquelles on n'a pas assez insisté.

La durée du farcin aigu varie en général : elle a été de quinze à quarante-cinq jours dans 8 cas rapportés par les auteurs (art. MORVE, *Compendium de méd. prat.*, p. 125). Elle n'a été que de quinze jours chez Robinet, et si on ne comprend pas les prodromes, qui ont eu cinq jours de durée, la période aiguë n'a été que de dix jours : c'est la marche la plus rapide que puisse affecter le farcin.

Le traitement que j'ai mis en usage dans les deux cas a consisté surtout dans l'emploi des préparations de quinquina, du musc, de la liqueur anodine d'Hoffmann, du chlorure de soude, et de l'iodure de potassium. Je regrette de n'avoir pas assez insisté sur ce dernier médicament, que j'avais déjà administré à un malade atteint de farcin chronique dont j'ai publié l'observation (*Journ. de méd.*, t. I, p. 17; 1843). Le sujet a guéri.

Je me propose, à la première occasion, d'attaquer localement et de très-bonne heure la lésion des fosses nasales avec des injections d'une liqueur fortement caustique, ou même encore en la portant directement à l'aide d'un pinceau. La liqueur à laquelle j'accorde la préférence est l'acide hydrochlorique ou le nitrate acide de mercure. C'est en attaquant ainsi, dès son début, la lésion de la muqueuse nasale, qu'on préviendra son extension ultérieure vers les parties molles du nez. L'érysipèle et la gangrène qui siégent sur ces parties seraient peut-être prévenues par un tel traitement. Quelle que soit l'opinion qu'on se forme à cet égard, on ne peut s'empêcher de reconnaître que les médecins sont trop convaincus de l'impuissance de leur art; aussi restent-ils simples spectateurs des désordres affreux qu'ils ne croient pas pouvoir arrêter.

En même temps que l'on combattra énergiquement, et dès le principe, la lésion de la membrane muqueuse nasale, on

dirigera contre l'infection virulente le quinquina, l'acétate d'ammoniaque et l'iodure de potassium à haute dose. Enfin, je ne craindrai pas d'attaquer avec le fer rouge les ulcères de la cloison, ou de la paroi externe des fosses nasales, s'ils étaient situés vers les parties antérieures. Les bains de vapeurs, dans la morve chronique, pourront être de quelque utilité.

Avant de terminer, je présenterai le résultat de quelques recherches que j'ai faites sur l'altération des fosses nasales dans une maladie qui se caractérise spécialement par une détermination morbide à la peau, et qui peut être comparée, sous plus d'un rapport, à la morve; je veux parler de la *variole.* Il était curieux d'examiner à ce point de vue l'état de la membrane muqueuse nasale.

Chez une malade non vaccinée, et qui a succombé dans mon service le dix-neuvième jour d'une variole confluente et de forme adynamique, j'ai examiné à plusieurs reprises l'état des fosses nasales. Le neuvième jour de l'éruption, toutes les pustules du visage étant déjà rompues, la narine droite fournissait un écoulement séro-purulent assez abondant; les deux orifices étaient un peu rétrécis par du mucus jaunâtre concret. Le lendemain, le jetage varioleux avait cessé; la membrane muqueuse était encore rouge et très-humide. Après la mort, qui eut lieu au dix-neuvième jour de l'éruption, les fosses nasales furent étudiées avec soin : la membrane de Schneider m'offrit une coloration rougeâtre peu marquée, et nulle part d'ulcérations ni de traces de pustules. Il n'existait donc aucune lésion dans les fosses nasales, soit qu'il n'y ait eu pendant la vie qu'une simple hyperémie inflammatoire de la membrane, ou qu'un très-petit nombre de vésico-pustules qui se seront rapidement guéries.

Un autre malade non vacciné fut pris d'une variole grave, dont les pustules restèrent affaissées et se remplirent d'un liquide sanguinolent : il mourut le treizième jour de l'érup-

tion. Je passe sous silence les altérations dont les différents organes étaient le siége, pour ne m'occuper que de l'état des fosses nasales. La membrane qui tapisse les cornets supérieur, moyen et inférieur des cavités droites, ainsi que leurs méats, est d'un rouge vif vermeil plus prononcé sur le cornet inférieur; cette rougeur, comparable pour la nuance à celle de la framboise, tient à une hyperémie manifeste de la membrane. Toute la paroi externe de la fosse nasale droite est le siége de cette coloration morbide, qui s'étend jusqu'à l'orifice de la trompe d'Eustache. Je constate de plus sur le cornet inférieur une tache d'un gris jaune, elliptique, de 2 centimètres, qui, soumise au lavage, laisse apercevoir trois ulcérations superficielles, dont le fond est gris, granuleux, et les bords taillés à pic. L'orifice qui conduit dans le sinus maxillaire droit est dilaté, et ce sinus renferme lui-même un liquide filant, épais, jaunâtre, et des flocons blancs semblables à de l'albumine cuite; ils paraissent provenir de cryptes muqueux. Sur la face droite de la cloison, on retrouve la même injection rouge vermeille, et près de la paroi supérieure trois taches circulaires blanches, formées par l'ulcération de la membrane muqueuse, à laquelle est combiné un muco-pus qui lui donne une couleur grise ou blanchâtre. Plus loin, la même tunique est le siége d'une hypertrophie; elle est rouge et comme légèrement fongueuse. Sur le plancher, il existe aussi un grand nombre de plaques grisâtres assez larges, d'autres marquées d'un pointillé rouge très-rapproché. Les mêmes altérations se retrouvaient dans les cavités droites des fosses nasales; elles ressemblaient tellement à quelques-uns des états morbides que l'on observe dans les périodes peu avancées de la morve aiguë, qu'il eût été difficile, même à un bon observateur, de les différencier, si on lui eût montré seulement l'intérieur des fosses nasales; mêmes colorations, même hypertrophie, ulcérations moins profondes il est vrai, mais se présentant quelquefois avec ces caractères dans la morve.

Sans doute, il n'existe pas de gangrène ni d'érysipèle du nez; mais toutefois la ressemblance que j'ai trouvée entre ces lésions est assez grande pour intéresser la pathologie, et l'engager à poursuivre des études de ce genre. Pour ma part, je me propose d'examiner ainsi les fosses nasales dans les trois fièvres exanthématiques, dans la pyohémie et dans les typhus graves. Il serait indispensable aussi de poursuivre ces recherches sur l'intestin, et de comparer entre elles les lésions que l'on y rencontre dans ces différentes maladies. Les matériaux que je possède déjà me donnent lieu d'espérer qu'un tel sujet d'étude ne sera pas sans utilité pour la science. Dans les exanthèmes graves, dans le typhus, la peste, la fièvre jaune, comme dans la morve, on voit les déterminations morbides se porter soit simultanément, soit séparément, sur la peau ou sur l'intestin et leurs dépendances, et se traduire par des lésions qui ne sont pas aussi éloignées les unes des autres qu'on pourrait le supposer. Peut-être trouverai-je l'occasion de donner à ces idées générales le développement qu'elles comportent; mais un parallèle de ce genre doit reposer sur des documents nombreux et précis que je n'ai pas encore eu le temps de méditer suffisamment.

CONSIDÉRATIONS ET OBSERVATIONS SUR LES CAS DE MORT OU LES ALTÉRATIONS DE LA RATE PRÉDOMINENT, POUR SERVIR A L'HISTOIRE GÉNÉRALE DES MALADIES DE CET ORGANE;

Par le Dr D. THOLOZAN, *chirurgien militaire, chef de clinique médicale au Val-de-Grâce.*

J'avais depuis plusieurs années fixé mon attention sur l'état de la rate chez un grand nombre de sujets qui avaient succombé à diverses maladies, et j'étais arrivé à voir dans les lésions de cet organe, si ce n'est la cause, du moins un effet très-fréquent des morts brusques et inopinées. Je fis, à cette

époque, quelques recherches dans divers auteurs, et principalement chez les médecins légistes. Je ne rencontrai rien d'analogue à ce que j'avais observé. Le hasard me fit découvrir, il y a peu de mois, dans un volume précieux de M. Louis, plusieurs observations sous le titre de *Morts subites et tout à fait imprévues*; je ne m'étonnai pas de voir que, dans la majorité des cas, la rate avait été volumineuse et ramollie. C'était une confirmation puissante des idées auxquelles j'étais arrivé directement sur ce sujet.

Après avoir passé en revue l'état des différents organes, M. Louis insiste sur l'altération de la rate. Plus loin, sous le titre de *Morts lentes et prévues qu'on ne peut expliquer*, ils termine ainsi : «Il conviendrait, dans des circonstances analogues, de soupçonner que la rate est le siége de la lésion. Tout est douteux dans l'histoire de cet organe, et si l'on parvient un jour à jeter de la lumière sur ce sujet, ce ne sera que par des observations exactes qui se présenteront peut-être rarement» (1).

Nul doute, après cela, que si M. Louis avait eu connaissance d'un plus grand nombre de faits, il n'eût insisté davantage sur la fréquence des lésions spléniques dans les cas de mort subite et n'eût tranché peut-être définitivement la question de l'importance de ces lésious.

D'un autre côté, un observateur habile, M. R. Faure, dit avoir si souvent trouvé «la rate grosse et ramollie chez les sujets qui mouraient inopinément et comme de mort subite, après avoir été plus ou moins longtemps valétudinaires et sans fièvre, qu'il a dû reconnaître une diminution réelle de la résistance vitale chez la plupart de ceux qui avaient la rate dans un tel état... La moindre secousse physique et morale, le

---

(1) *Mémoires ou recherches anatomo-pathologiques*, pag. 529; Paris, 1826.

moindre trouble porté dans l'énocomie, peuvent devenir pour eux une cause de mort » (1).

A part ces deux opinions, qui sont pour nous d'un grand poids, je n'ai rien trouvé de semblable dans les auteurs que j'ai parcourus. M. le professeur Piorry, qui s'est occupé longuement du rôle que joue l'engorgement de la rate dans les fièvres d'accès, et qui a fait faire tant de pas à cette question, ne dit pas un mot qui ait trait au sujet dont nous nous occupons. Je note cependant une phrase de son *Traité de médecine :* « Tout porte à croire qu'il est un symptôme très-propre à faire reconnaître qu'une fièvre intermittente doit être très-grave. Ce serait de trouver dans ce début une splénomacrosie considérable. »

Même silence des auteurs du *Compendium de médecine;* cependant ils disent : « Si les lésions qu'on trouve sur les cadavres étaient constantes, on devrait leur attribuer sans hésitation la forme rémittente de la perniciosité des fièvres. »

Ce ne sont donc que les faits et les observations précises qui manquent aux yeux de MM. Monneret et Fleury pour faire jouer un rôle capital aux altérations de la rate, et malgré le peu de progrès qu'a faits la physiologie de cet organe, ils ne diraient point aujourd'hui avec M. Maillot : « Le foie et la rate surtout ont été violemment congestionnés dans tous les cas à peu près; mais il faut avouer que les symptômes que peuvent fournir ces viscères n'ont aucune analogie avec ceux dont nous cherchons le point de départ » (2).

Évidemment M. Maillot, subissant l'empire des doctrines régnantes, était, à cette époque, trop préoccupé des irritations cérébro-spinales pour accorder leur part d'influence aux lésions qui se présentaient à lui et que l'on voit notées dans

(1) *Des Fièvres intermittentes et continues*, par Raymond Faure, 1833, pag. 361.

(2) *Traité des fièvres intermittentes*, par F.-C. Maillot, 1836.

presque toutes ses observations. Bailly était moins éloigné de la vérité : « L'indifférence avec laquelle on a jusqu'ici considéré les fonctions de la rate, dit-il, a dû se reporter naturellement sur ses maladies. Un organe dont l'influence physique est inconnue ne pouvait être d'une grande importance dans les maladies, et je ne doute pas que beaucoup de fièvres pernicieuses ou même des maladies qui, sans avoir un caractère d'intermittence, ont présenté des symptômes nerveux avec la mort, n'aient été considérées comme simplement nerveuses, parce qu'on n'a pas tenu compte des altérations de la rate en supposant qu'on les ait observées » (1).

Réflexions d'un sens immense et d'une portée capitale sur lesquelles Bailly n'insiste pas assez, préoccupé qu'il est de sa théorie de l'intermittence. Il entrevoit, du reste, qu'il y a toujours coïncidence d'une affection des viscères abdominaux et des phénomènes nerveux qui constituent la fièvre. La lésion locale abdominale est, suivant lui, la cause première de cette série d'accidents.

Un fait domine ce point de doctrine, qui a trait aux fièvres pernicieuses, aux fièvres typhoïdes, aux cas de mort subite, et qui se rattache encore indirectement à beaucoup d'autres affections, c'est l'absence presque complète de données sur le rôle que joue la rate dans l'économie. Il y a plus : non-seulement la physiologie ne nous apprend rien de positif sur les fonctions de cet organe, mais elle le considère comme à peu près insignifiant. Telle est la conséquence des expériences de Dupuytren sur des chiens auxquels il est parvenu à enlever la rate, et des faits d'extirpation de cet organe sur l'homme, que cite Bailly lui-même.

Que la rate ait, dans l'état physiologique, une influence

(1) *Traité anatomico-pathologique des fièvres intermittentes simples et pernicieuses*, par Bailly, de Blois; 1825, pag. 225.

très-minime, nous l'admettons volontiers d'après des observations irrécusables; mais à l'état pathologique, l'influence de cet organe reste-t-elle toujours aussi insignifiante? Voilà le terrain sur lequel la question doit désormais s'agiter, et le point de vue où nous nous mettons pour apporter quelques matériaux à sa solution. De quelque façon qu'elle soit résolue, il en résultera quelques lumières pour la clinique; on pourra en déduire peut-être d'importantes conclusions pour le pronostic et la thérapeutique... Mais j'écarte tout ce qui n'est qu'application d'une idée, pour me retrancher au fond même de la question.

Dans un chapitre remarquable sur la théorie de la mort par les *fièvres pernicieuses*, Bailly observe que chacune de ces fièvres tue à sa manière. Il distingue : 1° la *mort par le cerveau*, qui arrive de deux manières, *par la compression produite par l'afflux du sang*, et *par une distraction particulière des forces nerveuses;* 2° la mort par les organes parenchymateux : *foie, cœur, rate, poumon. L'économie est affectée dans ces cas, comme si ces organes étaient violemment attaqués par une inflammation subite.*

Il est à regretter que Bailly ne mette point en regard les observations nécessaires pour justifier cette division du genre de mort. J'ai relevé, dans son ouvrage, toutes les observations suivies d'autopsie; voici le résultat auquel je suis arrivé:

Sur un total de 39 autopsies, il faut éliminer 10 cas qui se rapportent à des ruptures de la rate ou à des lésions complexes. Restent 29 cas dans lesquels huit fois l'état de la rate n'a pas été noté, mais où l'on a trouvé au moins une vive injection de la *pie-mère* avec congestion des vaisseaux cérébraux. Dix-huit fois la rate était altérée dans les proportions suivantes : elle était très-volumineuse et très-ramollie dans 10 cas, ramollie seulement sept fois, simplement volumineuse une fois. Restent 3 cas, dans lesquels la rate était ordinaire; mais dans un de ces cas, il y avait une vive injection du tube

intestinal; dans les deux autres, le foie ramolli était presque réduit en gelée.

Ce que Bailly comprend sous le titre de mort par simple distraction des forces nerveuses est donc toujours caractérisé à l'autopsie par des lésions de la rate ou des congestions du cerveau et des autres viscères; il n'a donc point vu, malgré une immense pratique, ces cas de mort à la suite des fièvres pernicieuses, où il n'y aurait aucune altération des organes, et par ces mots *distraction des forces nerveuses,* il veut peut-être donner une idée de la manière dont il comprend la mort à la suite des lésions des viscères de second ordre, comme le foie et la rate.

Voyons maintenant les faits cités par M. Maillot. Sur 28 autopsies, on ne rend pas compte de l'état de la rate dans 5 cas. Sur les 23 cas restants, quinze fois la rate a été trouvée volumineuse et ramollie, deux fois volumineuse sans ramollissement, cinq fois en bouillie chocolatée, une fois rupturée.

Avec ces lésions de la rate, on a observé dans 19 cas une forte congestion avec injection des centres nerveux, une fois une injection faible du cerveau, une fois une sérosité trouble et lactescente dans l'arachnoïde, dans un cas un simple piqueté (plexus choroïdes pâles). Ainsi, M. Maillot lui-même, aux yeux duquel l'injection des centres nerveux est le fait capital, reconnait qu'elle n'existe pas dans certains cas; comment expliquer alors le délire et le coma? Dans d'autres cas, au contraire, la congestion cérébrale est assez forte, et il n'y a eu ni délire ni coma; comment expliquer, d'après M. Maillot, la mort sans délire ni coma?

Évidemment l'étude de l'anatomie pathologique des fièvres pernicieuses est à reprendre de nouveau et sur d'autres bases. Pour le moment, il me semble démontré, d'après les faits acquis, que l'altération de la rate est la lésion presque constante; qu'à un degré avancé, cette lésion exclut souvent les congestions des centres nerveux, tandis que souvent les congestions

même les plus prononcées des viscères de premier ordre n'empêchent pas l'altération de la rate de se produire. On ne saurait aussi mettre en doute, d'après les observations de Bailly et de M. Maillot, qu'après les morts par fièvre pernicieuse, on trouve toujours dans les organes des congestions ou des altérations qui permettent d'expliquer par quel viscère la mort s'est opérée.

Je vais citer maintenant un certain nombre de faits relatifs à cette question du développement de la rate dans les lésions pernicieuses. On verra qu'à côté de lésions diverses le plus souvent légères, l'altération splénique se dessine comme un fait constant, qu'elle ait préexisté longtemps à l'invasion des phénomènes pernicieux (observations 3, 4, 5), ou bien qu'elle ait marché en même temps qu'eux.

OBSERVATION I. — *Dysenterie; ictère; accès pernicieux; ulcérations de la fin du gros intestin; rate volumineuse et ramollie.* — X..., chasseur au 6e léger, âgé de 21 ans, d'une taille moyenne, d'une constitution forte, entra à l'hôpital militaire d'Ajaccio le 30 septembre 1841, pour une dysenterie peu grave, datant de deux ou trois jours. (Une saignée, 30 sangsues.)

Trois jours après son entrée, *ictère* très-prononcé, accélération du pouls qui est concentré; le malade dit éprouver un malaise qu'il n'avait point ressenti jusqu'alors. (Sulfate de quinine en potion, 1 gramme.)

Le quatrième jour, pouls très-fréquent et serré, facies anxieux; plus de réponses; *sensibilité vive de l'abdomen.* (40 sangsues sur le ventre; sulfate de quinine, 1 gramme.) Mort dans la soirée.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — *Crâne.* Rien de notable.

Poitrine. Engorgement séro-sanguinolent à la partie postérieure des deux poumons, surtout du côté droit. Peu de sérosité dans le péricarde; caillots blancs et friables aux orifices du cœur, se confondant dans les ventricules et les oreillettes avec des coagula noirs.

Abdomen. État *humide* du péritoine avec coloration légèrement jaunâtre.

Foie volumineux, de couleur terreuse, pâle, et d'une coupe

unie et homogène. Il est ramolli au point de laisser pénétrer facilement le doigt, surtout dans le grand lobe. Il contient beaucoup de sang séreux qui suinte à la pression et qui colore la surface de la coupe. Le tissu hépatique contient des gaz que l'on fait apparaître par la pression au-dessous du péritoine. La vésicule est pleine d'une bile noirâtre et poisseuse.

Rate longue de 6 pouces, large de 4, aplatie, ramollie; la coupe donne une pulpe rougeâtre et épaisse, et en quelques points présente des traces d'injection et d'ecchymose.

L'estomac, un peu contracté, contient un liquide noirâtre, chocolaté (le malade avait vomi, peu d'instants avant sa mort, des matières semblables). Le même liquide, de teinte mélanique, se rencontre dans le duodénum et dans le quart supérieur du jéjunum.

La muqueuse stomacale a une teinte fortement brunâtre; on en enlève avec l'ongle des lambeaux assez grands; une injection générale et assez prononcée siége dans sa couche profonde.

Dans l'iléum, développement prononcé des follicules isolés; plaques saines.

Rien de notable dans la partie supérieure du gros intestin, si ce n'est la saillie des follicules isolés. Vers le colon descendant, on trouve des ulcérations irrégulières au-dessous desquelles la muqueuse, épaissie, blanchâtre, est coupée par des sillons noirs. L'S iliaque et le rectum présentent une surface d'un beau noir homogène chocolaté, sur laquelle on reconnaît les bourgeons irréguliers d'une large surface ulcérée qui s'étend presque sans interruption jusqu'à la fin du rectum. La muqueuse intestinale qui correspond à cette surface est épaissie, et toutes les tuniques ont en somme de 2 à 3 lignes d'épaisseur.

Obs. II.—*Accès pernicieux dysentérique; développement des glandes isolées de l'intestin grêle; augmentation considérable du volume de la rate.* — Darrier, grenadier au 6e léger, fut apporté à l'hôpital militaire d'Ajaccio dans la nuit du 25 au 26 juillet 1841. Il avait un flux de ventre continu, et pouvait à peine se soutenir. Il mourut deux heures après son entrée.

Voici les renseignements que nous pûmes recueillir sur son compte : le 10 juillet, il était sorti bien portant de l'hôpital, où il avait été traité pour une *otite* et pour la *gale*. Le soir qui précéda sa mort, il avait mangé avec ses camarades comme de coutume, et s'était baigné à la mer quelques heures après.

Autopsie. — *Habitude extérieure.* Taille élancée; système musculaire développé; coloration violacée de la partie postérieure du tronc et des membres.

Crâne. Un peu de sérosité à la base; point d'injection des sinus ni des vaisseaux cérébraux; arachnoïde saine; point de piqueté de la substance blanche; consistance normale.

Thorax. Cœur de volume ordinaire, oreillettes peu remplies, ventricules presque vides; un peu de sérosité dans le péricarde; poumons volumineux et crépitants, un peu d'engouement à la partie postérieure.

Abdomen. L'estomac contient une petite quantité d'un liquide homogène rougeâtre. La muqueuse en est d'un gris ardoisé à la face antérieure et postérieure, ainsi qu'à la petite courbure. Dans le grand cul-de-sac, elle est ramollie et offre une injection d'un rouge foncé.

Au quart supérieur des petits intestins, rien de notable; aux trois quarts inférieurs, la muqueuse, généralement pâle, présente un développement assez marqué des glandes isolées. Les plaques de Peyer sont à l'état normal; rien de particulier aux gros intestins, si ce n'est la saillie plus considérable de quelques follicules isolés; les intestins grêles et les gros intestins contenaient des liquides jaunâtres et grisâtres.

Le *foie*, à l'état sain.

La *rate*, volumineuse, descend jusqu'à la crête iliaque. Péritoine sain, un verre de sérosité limpide dans le petit bassin.

Obs. III. — *Accès pernicieux survenu huit jours après avoir quitté le foyer d'infection* (Philippeville). *Teinte particulière de la substance grise cérébrale*; *foie augmenté de volume et légèrement ramolli*; *rate décuplée de volume, en bouillie*; *piqueté rouge et noir du gros intestin.* — Le nommé Klenn, du 3e bataillon d'Afrique, sujet grand et bien constitué, est arrivé à l'hôpital militaire de Marseille dans un état de faiblesse assez prononcé. La peau, d'un jaune-paille, est aride, les chairs flasques; il y a 2 ou 3 selles par jour; le malade assure n'avoir point eu de fièvre intermittente en Afrique; la feuille d'évacuation porte pour diagnostic : *bronchite chronique.*

Le 19 avril 1845, jour de son entrée à l'hôpital; il mangea de la *panade.*

Le 20. Au matin, il ne présentait aucun symptôme particulier. On prescrivit, à la visite, soupe, riz, œuf; une pilule d'oxyde de fer.

A onze heures, il est tout à coup pris d'assoupissement; il ne répond plus aux questions. Le chirurgien de garde note les symptômes suivants: pouls petit et extrêmement fréquent, température peu élevée de la peau, décubitus sur le côté, les membres et le tronc fléchis.

A midi et demi, moiteur légère.

Le malade ne peut rien prendre par la bouche. (Lav., 2 grammes de sulfate de quinine.)

Le 21. Peau chaude, pouls petit et fréquent, même décubitus. (Sinapismes aux jambes; lav. de sulfate de quinine, 1 gramme; 2 vésicatoires aux cuisses à panser avec le sulfate de quinine.) Mort à trois heures du soir.

Autopsie dix-huit heures après la mort. — *Crâne*. Cerveau *pâle, non injecté, ratatiné*, remplissant à peine la cavité crânienne; il s'écrase facilement; point de sang dans les sinus ni dans les vaisseaux sous-arachnoïdiens; la substance grise a une teinte particulière, ardoisée; très-peu de sérosité à la base, sous l'arachnoïde, et dans les ventricules latéraux.

Thorax. Poumons sains, un peu d'engouement séreux en arrière et en bas. Cœur *rétracté* et *exsangue*; la muqueuse de la trachée-artère et des bronches est ramollie et présente un pointillé d'un rouge peu vif situé surtout entre les cerceaux *cartilagineux*; ce pointillé très-fin est disséminé par petites plaques de 1 à 2 millimètres de surface.

Abdomen. Foie *volumineux*; consistance un peu moindre que dans l'état normal, un peu flasque; teinte terreuse, granulations normales, peu de sang à la coupe, vésicule distendue par une bile d'un jaune pâle très-fluide.

Rate énorme, de huit à dix fois le volume normal, descendant jusque dans la fosse iliaque. La capsule de cet organe est très-tendue, son tissu est très-ramolli; un jet d'eau ou le dos du scalpel en détache une boue couleur chocolat. La couleur est plus foncée vers la face convexe, le ramollissement y est aussi plus prononcé.

Tube digestif. L'estomac, d'un volume assez grand, contient un liquide jaunâtre, mélange de boissons et de matières biliaires. La muqueuse est légèrement ramollie, épaissie et tachetée de rouge dans le grand cul-de-sac; ce sont de petites plaques piquetées de 1 centimètre de diamètre.

Les intestins grêles, sains d'ailleurs, contiennent des matières alimentaires mêlées à de la bile.

Le cœcum ainsi que le colon ascendant présentent quelques stries et un pointillé noirâtre.

La muqueuse du colon transverse est ramollie et finement tachetée de rouge; celle de l'S iliaque, plissée par la contraction de l'intestin, est ramollie et vivement injectée au bord libre des plis; matières fécales jaunes, assez consistantes dans le rectum.

Obs. IV. — *Fièvre intermittente grave et rebelle; accès pernicieux déterminé par une cause morale; augmentation de volume de la rate avec flaccidité du tissu.* — M. E..., élève d'administration, d'une taille élancée, d'une bonne constitution, adonné aux excès de table, revint en France après un séjour de plusieurs mois en Afrique, où il n'avait jamais été malade. Peu de temps après son arrivée à Marseille, il est pris de *fièvre grave avec délire et rémittence.* Il reste plusieurs jours dans un état désespéré. Pendant sa convalescence, il a des accès irréguliers; il ne tient aucun compte des avis qu'on lui donne sur le traitement à subir et les précautions hygiéniques à prendre. Le pouls demeure un peu fébrile, la peau revêt une teinte jaune-paille.

Deux mois après, il a une rechute; la teinte hépatique de la peau est plus prononcée, état fébrile continu avec grande fréquence du pouls et chaleur vive de la peau, chairs flasques, léger œdème aux parties supérieures et latérales du cou; amygdales peu gonflées, mais ulcérées toutes deux; point d'injection à l'arrière-bouche. Le malade n'accuse qu'une légère douleur à la gorge. Cet état demeure stationnaire pendant trois jours. L'intelligence est intacte; à part l'état fébrile et l'anorexie, toutes les fonctions s'exécutent bien.

Le 16 janvier 1845, M. E... éprouve dans la matinée une légère contrariété. Il pleure et sanglotte dans son lit; quelques heures après, il tombe dans l'assoupissement; respiration bruyante, réveil difficile. A dix heures du soir, on prévient le chirurgien de garde; celui-ci parvient à réveiller le malade, il le fait boire et parler; mais immédiatement après, l'assoupissement et le râle recommencent; le pouls est très-accéléré; il y a une sueur abondante. On fait prendre au malade 1 gramme et demi de sulfate de quinine; on applique des révulsifs énergiques, et l'on attend. Mais la respiration bruyante et le coma persistent, une écume blanche s'écoule des lèvres du patient; il succombe dans la nuit, treize heures après l'invasion des accidents pernicieux.

Autopsie trente heures après la mort. — On trouve le cerveau

et la moelle à l'état normal; les organes thoraciques, y compris le larynx et la trachée-artère, parfaitement sains.

Abdomen. La *rate* a triplé au moins de volume; elle est molle et flasque au toucher; son tissu rougeâtre n'est pas très-friable; il ne s'écoule aucun liquide des incisions qu'on y pratique.

Le *foie* est pâle et à granulations fines.

L'*estomac*, assez ample, a sa muqueuse ramollie et blanchâtre. Le premier cinquième de l'intestin grêle est coloré par la bile jaune de la vésicule. Dans tout le reste du tube intestinal, coloration brunâtre sans ramollissement ni injection.

Obs. V. — Dans le mois de septembre 1844, un fait à peu près semblable au précédent était arrivé à Toulon dans le service de M. Faure.

C'était un sujet assez robuste, d'un tempérament sanguin, évacué d'Afrique depuis quinze jours. Il avait eu longtemps des fièvres d'accès, le ventre était empâté; l'état général était, du reste, assez bon. On le mit à la demie d'aliments, et on lui fit prendre du sulfate de quinine pendant plusieurs jours, pour prévenir le retour de la fièvre. — Le 5, au matin, perte subite de connaissance; coma profond. Mort à huit heures.

A l'*autopsie*, on trouva le cerveau congestionné, de la sérosité dans les plèvres, le péricarde, le péritoine.

La rate était énorme et ramollie; le foie volumineux, très-brun, congestionné et ramolli à son tour.

Les poumons sains; le ventricule gauche du cœur un peu hypertrophié.

Obs. VI. — *Diarrhée; accès pernicieux algide; tous les organes à l'état normal, sauf la rate qui est volumineuse et ramollie.* — Le nommé X..., placé à la salle 18, n° 32, entra à l'hôpital militaire d'Ajaccio le 15 avril 1842.

Il avait de la diarrhée; peau chaude, pouls développé, face injectée, un peu d'inquiétude et de vacillation dans le regard. A part ces derniers symptômes, cette affection ne présente rien d'anormal et semble se rapprocher des cas assez fréquents de diarrhée que nous observions alors.

Le malade est mis au régime convenable; deux jours après son entrée, il ne présente, à la visite du matin, aucun changement dans son état. (Diète; tisane de riz.)

A trois heures, nous le trouvons avec les symptômes suivants:

froid et cyanose des extrémités, face violacée; pouls petit, filiforme; intelligence entièrement conservée. Le malade ne s'est plaint à personne; il n'y a probablement que quelques instants que ces accidents ont débuté. Il accuse une souffrance vague générale, il s'agite, il change à tout moment de position dans son lit; chaleur modérée au front et à la tête, langue humide et blanchâtre, soif vive.

On essaye en vain la saignée aux deux bras, le sang ne circule plus dans les veines. (Sinapismes; boissons chaudes, sulfate de quinine.) Mort à dix heures du soir, sans changement dans les symptômes.

Autopsie dix-huit heures après la mort. — *Habitude extérieure.* Sujet bien constitué, taille moyenne, muscles bien développés, vergetures peu foncées sur tout le corps.

Crâne. Il s'échappe un peu de sérosité sanguinolente de la base. Le cerveau présente l'aspect naturel; les veines et les artères sous-arachnoïdiennes sont à moitié remplies d'un sang liquide et peu foncé en couleur.

Rachis. La moelle épinière est saine dans toute sa longueur; point d'injection de la substance nerveuse. Les veines et les artères qui parcourent la face postérieure de la moelle sont très-apparentes, un peu flexueuses, comme dans l'état ordinaire, remplies comme au cerveau d'un sang liquide et clair.

Thorax. Poumons entièrement sains en avant, un peu engoués à la partie postérieure. Le cœur, de volume ordinaire, est presque vide; les oreillettes peu gonflées, même la droite, contiennent un sang entièrement liquide; pas de caillots dans les ventricules. La membrane interne du cœur et des artères très-saine.

Abdomen. La température était assez élevée dans le thorax; dans l'abdomen, la chaleur existante est considérable, surtout à la face inférieure du foie. Le système veineux abdominal est peu injecté. Foie sain, volume, aspect, consistance à l'état normal; la vésicule est remplie d'une bile liquide de couleur brune.

La rate est triplée de volume; son enveloppe est tendue; son tissu est transformé en une pulpe mollasse, d'un noir rougeâtre, que le doigt traverse facilement, et qui s'échappe sous l'apparence d'une matière demi-liquide.

L'estomac présente une injection par piqueté au grand cul-de-sac et le long de la grande courbure.

Au duodénum et dans l'intestin grêle, la muqueuse pâle est parsemée de flocons de matières biliaires verdâtres.

La muqueuse du gros intestin, injectée par grandes arborisations, est ramollie à un degré assez marqué.

Les artères et les veines des membres contiennent un peu de sang liquide peu foncé en couleur.

Ces observations représentent quelques-unes des formes les plus graves de la fièvre pernicieuse ; dans tous ces cas, la rate a été trouvée considérablement altérée. Trois fois les premiers symptômes n'offraient point de gravité et appartenaient au tube intestinal, trois fois la maladie s'est déclarée brusquement chez des sujets atteints de fièvre intermittente rebelle ou ayant séjourné longtemps en Afrique. Dans ces cas, deux fois la rate avait un volume énorme et était très-ramollie ; une fois elle avait seulement triplé de volume ; elle était molle et flasque au toucher, son tissu n'était pas très-friable.

Trois fois le cerveau et les méninges ont été trouvés à l'état normal, deux fois pâles et sans injection, une seule fois congestionnés. Dans tous les cas cependant, excepté dans deux (obs. 3 et 6), il y avait eu ou coma ou perte de connaissance, et rien à l'autopsie n'a révélé dans deux cas que la cause de ces symptômes existât dans les centres nerveux ; une fois seulement on trouva une teinte ardoisée de la substance grise, une autre fois, la réplétion des vaisseaux encéphaliques. Il faut donc chercher ailleurs que dans les centres nerveux pour y voir le point de départ des phénomènes cérébraux. Si, dans nos autopsies, au lieu de rencontrer ces altérations de la rate, nous eussions trouvé les altérations analogues du foie qu'on rencontre dans certaines formes de fièvre pernicieuse, la fièvre rémittente du Bengale, par exemple, décrite par James Johnson, en 1818, nous eussions, sans aucun doute, attribué à la destruction de cet organe les symptômes graves déterminés par la réaction des centres nerveux. Pourquoi n'en serait-il point de même lorsqu'il s'agit de la rate?

« Nous ne connaissons pas au juste les vraies fonctions de

la rate, dit Cabanis, mais on doit penser qu'elles ont une assez grande importance, en observant que ses maladies peuvent souvent troubler l'action des différents viscères abdominaux, et porter les plus grands désordres dans le système nerveux. »

On trouve dans un grand nombre d'auteurs, principalement dans Moreschi, des considérations sur l'importance de la rate, auxquelles je ne puis m'arrêter ici. Je citerai seulement un mémoire de W. Twining, esq., inséré dans les *Transactions de la Société médicale de Calcutta* (t. IV), où cet auteur insiste sur les symptômes graves qui dépendent des engorgements de la rate : la pâleur de ces visages exsangues, la *faiblesse musculaire sans émaciation*, la *tristesse* et un *profond découragement*. Je ne prétends pas dire, ajoute-t-il, que ces engorgements de la rate dépendent dans tous les cas des fièvres intermittentes, je les ai vus *survenir après de vives et longues souffrances morales*; observations dont nous verrons plus loin là portée.

Quant à ce qui concerne le *délire* et le *coma* des fièvres pernicieuses, ai-je besoin d'ajouter qu'on pourrait soutenir aujourd'hui que, dans beaucoup de cas, ces phénomènes nerveux sont le résultat des excitations éloignées, que Bordeu appelait énergiquement des *conspirations des organes contre la tête*, et que Rivière fit cesser dans une circonstance, comme par miracle, par l'emploi de l'opium.

Telles sont les questions principales que nous avons voulu soulever relativement aux altérations de la rate dans les fièvres pernicieuses. Les faits bien observés sont en trop petit nombre pour nous donner à cet égard des solutions rigoureuses; mais ceux qui sont connus permettent de faire des inductions probables sur l'importance de ces altérations spléniques.

Dans le fait d'une mort brusque et inopinée, il y a quelque chose de si violent et de si inexpliqué, que nous devons porter le plus grand soin à l'étude des altérations organiques les plus communes et les moins graves en apparence, quand nous

ne trouvons point dans les organes essentiels à la vie des désordres capables d'expliquer la brusque interruption des fonctions. Et il suffirait que le rôle physiologique d'un organe très-fréquemment altéré dans des cas semblables fût entouré d'obscurité et de mystère pour que l'attention s'éveillât sur ce point, si des preuves que nous allons tirer de l'étude de diverses autres maladies ne venaient encore faire voir que l'on ne peut plus aujourd'hui considérer les altérations primitives ou consécutives de la rate, comme un effet incapable d'exercer des réactions importantes sur l'économie.

(*La fin à un prochain numéro.*)

MÉMOIRE SUR LES MOUVEMENTS INVOLONTAIRES QUI SONT EXÉCUTÉS PAR DES MUSCLES DE LA VIE ANIMALE;

Par T. DEBROU, *professeur à l'École préparatoire de médecine et chirurgien à l'hôtel-Dieu d'Orléans.*

(2e article.)

SECONDE PARTIE.

Nous recherchons ici si l'anatomie ou les lois aujourd'hui connues sur les fonctions du système nerveux sont capables d'expliquer comment les mêmes muscles agissent tantôt sous l'empire de la volonté et tantôt hors de son influence. Cette recherche est fort difficile à cause de l'obscurité du sujet lui-même, et aussi parce que les documents scientifiques qui peuvent servir à la question ont été en partie envisagés sous d'autres points de vue.

Parmi les mouvements involontaires, il en est un bon nombre pour lesquels aucune explication n'a été proposée, tandis que d'autres, depuis longtemps aperçus, ont frappé davan-

tage les physiologistes. Ces derniers sont surtout ceux qui s'exécutent avec un concours de muscles nombreux, sans qu'il y ait de lien apparent de communication entre ces muscles. On les a nommés et on les nomme encore mouvements *sympathiques*, soit pour indiquer la synergie d'action qui les caractérise, soit parce que l'on a admis que le nerf grand sympathique n'était pas étranger à leur production. C'est spécialement à leur explication que s'adressent deux théories : 1° celle des *ganglions et des anastomoses*, 2° celle de l'*action réflexe de la moelle*. L'examen que nous allons faire de ces théories nous permettra de voir si elles suffisent à rendre compte des mouvements sympathiques, et jusqu'à quel point aussi elles peuvent expliquer les autres mouvements involontaires de la 1re classe. Quant aux mouvements de la 2e classe, nous verrons, en terminant, ce que l'on peut admettre à leur égard.

1° *Théorie des ganglions et des anastomoses.* — Cette théorie a pour base les idées de Bichat sur la distinction des deux vies animale et organique, et sur la correspondance de deux centres nerveux distincts appartenant à ces deux moitiés de l'organisme. Admettant, dans cette manière de voir, que l'un des centres nerveux, qui est le siége de la volonté, agit sur tous les muscles auxquels il envoie des rameaux avec un pouvoir volontaire, tandis que l'autre centre nerveux produit des mouvements dont nous n'avons ni la direction ni la conscience, on pense que les deux systèmes nerveux peuvent s'influencer en se combinant. On croit, par exemple, que les filets nerveux qui émanent des ganglions du grand sympathique, pour s'unir à des filets venant du centre céphalo-rachidien, transportent à ceux-ci la propriété involontaire qu'ils ont eux-mêmes puisée aux ganglions. Tel filet nerveux est par lui-même soumis à la volonté; mais, à cause de son union avec un filet involontaire, le muscle qui reçoit au delà de cette union perd sa relation avec la volonté. Ou autrement,

si tel muscle peut agir tantôt au gré de la volonté et tantôt sans son influence, et à son insu, c'est qu'il reçoit des filets nerveux de deux sources dont l'une est volontaire et l'autre ne l'est pas. C'est ainsi, par exemple, que l'on rend compte de l'action du muscle petit oblique de l'œil.

Cette explication est assurément claire et simple, et il n'y a plus, après l'avoir admise, qu'à trouver les filets nerveux ganglionnaires qui établissent ces communications entre les deux centres nerveux, qu'à découvrir les anastomoses qui existent entre les deux systèmes de nerfs.

C'est aussi à découvrir ces anastomoses que s'est exercée l'adresse et la patience d'un grand nombre d'anatomistes, depuis le commencement de ce siècle. La recherche des filets anastomotiques devint une œuvre de prédilection, et en trouvant de nouveaux filets ganglionnaires ou de nouveaux ganglions, on crut avoir beaucoup éclairé le mécanisme des mouvements sympathiques. Sans soumettre à une discussion préalable la valeur du principe fondamental, on poursuivit avec zèle et avec talent la description des particules les plus ténues du système ganglionnaire, et on put se croire sur le point d'avoir résolu presque toutes les difficultés de détails relatives à ces mouvements. On s'attacha surtout aux ganglions crâniens, et on se rappelle comment la dissection d'un nouveau filet ou la découverte d'un nouveau ganglion apportait chaque jour des explications pour les faits embarrassants qui avaient été observés. Ainsi, en trouvant une anastomose entre le nerf optique et le ganglion sphéno-palatin, on expliqua les sympathies qui peuvent exister entre l'abdomen et la rétine, et en particulier la cause des amauroses abdominales (amaurose *gastrique sympathique* des auteurs).

Pour bien indiquer les ressources que l'on crut avoir trouvées dans les découvertes des anastomoses, il n'est pas hors de propos de citer ici quelques exemples frappants des appli-

cations que l'on en fit, et afin que ces exemples ne soient désavoués de personne, je les emprunterai à un travail de Tiedemann sur la *participation du grand sympathique aux fonctions sensoriales* (traduit dans le *Journal des progrès*, tom. VI).

Tiedemann établit que tous les phénomènes organiques ou automatiques qui se passent dans l'œil doivent être rapportés au ganglion ophthalmique, ou aux autres ganglions qui communiquent avec lui. Si les paupières se ferment par un mouvement convulsif, lorsque l'œil est tout à coup frappé par une lumière trop vive, « il ne faut pas, dit-il, attribuer ce mouvement à la volonté, mais à une action des nerfs ganglionnaires sur les paupières... Il y a d'abord action de la lumière sur la rétine; celle-ci transmet la stimulation au ganglion ophthalmique, qui la porte à son tour par les rameaux anastomotiques sur les paupières. » Quel est le moyen de communication qui existe entre la rétine et le ganglion ophthalmique? On peut admettre pour cela les filets décrits par M. Ribes, et Tiedemann dit lui-même que les artérioles de la rétine sont accompagnées de filets émanés du même ganglion (même recueil, pag. 37). Mais on comprend moins que l'excitation passe dans les nerfs moteurs des paupières. Peut-être Tiedemann suppose-t-il, dans ce passage, que les paupières se meuvent sous l'influence de la branche ophthalmique de Willis, ce que l'on sait ne pas être aujourd'hui? Néanmoins, comme nous ne voulons contrôler que la théorie générale, nous pourrions ne pas tenir compte de cette erreur de fait, et supposer que ce qui est dit ici pour le nerf ophthalmique de Willis est applicable au nerf facial. Voici un autre exemple :

Tiedemann remarque qu'il y a entre les deux iris une action réciproque : les deux iris se meuvent ensemble et de la même manière, même lorsque la quantité de lumière ne varie que pour l'un d'eux. Haller et Zinn avaient essayé de prouver que

le lien et la cause de cette association étaient dans le cerveau. Tiedemann admet une autre explication que voici : « Les mouvements de l'iris étant commandés par les nerfs ciliaires, les sympathies qui s'observent entre les deux iris doivent résulter d'une communication entre les nerfs ciliaires de l'un et l'autre côté. La partie où se réunissent les nerfs sympathiques des deux moitiés latérales de la tête et des yeux est la glande pinéale (il faut lire *la glande pituitaire*). Fontana avait déjà observé que des filets sympathiques se rendaient à ce prolongement en accompagnant l'artère cérébrale. Bock, Cloquet et Hirzel ont fait une remarque semblable. On a également constaté l'union du ganglion ophthalmique ou des nerfs ciliaires avec le nerf trisplanchnique dans le canal carotidien. La glande pinéale (*pituitaire*) peut être regardée comme le chaînon qui établit la sympathie des deux yeux. La texture serrée de cet organe, composé de fibres médullaires et d'une substance d'un gris rougeâtre, semblable à celle qu'on trouve dans les ganglions du grand sympathique, établit une grande analogie entre lui et ces derniers. » On voit, dans ce passage, qu'on ne recule devant aucune hypothèse pour soutenir les conclusions d'une opinion admise. La glande pituitaire devient un ganglion pour diriger les mouvements associés des deux iris.

Le passage subit de l'obscurité à une vive lumière détermine quelquefois des éternuments. Tiedemann explique ce fait au moyen « des anastomoses qui existent entre les filets ciliaires d'une part et les rameaux du grand sympathique d'une autre part, et par les rapports de ceux-ci avec les nerfs du diaphragme. » Nous examinerons plus loin ce trajet remarquable et compliqué que l'on fait suivre au principe nerveux moteur. Je ferai seulement observer, pour le moment, qu'il faudrait, pour expliquer l'éternument, invoquer les communications du grand sympathique avec d'autres nerfs que

celui du diaphragme, parce qu'il y a bien d'autres muscles que celui-ci qui agissent dans ce mouvement.

Ailleurs, Tiedemann explique, par les anastomoses des nerfs ciliaires avec le grand sympathique, et de celui-ci avec le pneumogastrique, les vomissements qui surviennent dans certaines blessures de l'œil, et en particulier après l'opération de la cataracte. La même remarque que précédemment pourrait être faite ici : il ne suffit pas de l'action du pneumogastrique pour faire agir tous les muscles employés au vomissement.

Je choisis pour dernier exemple le suivant, qui, je l'espère, fera voir combien toutes ces explications sont hypothétiques. L'auteur veut rendre compte de l'éternument qui a lieu sous l'influence des odeurs fortes et pénétrantes : « La stimulation primitive de la pituitaire, dit-il, se propage par le moyen des nerfs auxiliaires du nez, rameaux de la cinquième paire, et par celui du ganglion sphéno-palatin, à tous les nerfs moteurs qui commandent les mouvements respiratoires, par conséquent au facial, au pneumogastrique, au nerf accessoire de Willis et au nerf diaphragmatique, nerfs qui, tous, ont des rapports plus ou moins intimes avec la cinquième paire et les ganglions. » Il avoue que, suivant une autre opinion qui serait soutenue par quelques physiologistes, et entre autres par Haller, il y aurait intervention du cerveau, et que le mouvement résulterait de la réaction du cerveau sur les muscles de la respiration. Mais, que fait Tiedemann pour combattre cette manière de voir? Il cite une observation empruntée à Treviranus, d'un jeune homme qui, quoique privé dès sa naissance du sens de l'odorat, éternuait cependant lorsqu'il prenait du tabac; puis il ajoute : « Ici, le *sensorium commune* ne prenait aucune part à l'éternument, puisqu'il n'y avait point perception des sensations olfactives. » Je n'ai pas besoin de faire remarquer l'erreur qui existe dans l'objection que fait Tiedemann à l'opinion de Haller. Un élève de ce temps-ci est plus avancé sur

ce point que ne l'était alors l'illustre physiologiste allemand, et pourrait répondre à son tour qu'il y a deux sensations dans les narines, et que, chez le jeune homme observé par Treviranus, le nerf de la cinquième paire transmettait au cerveau l'irritation produite sur la muqueuse. Le fait ne prouve donc rien en faveur de l'explication par la chaîne ganglionnaire. Il n'est pas inutile aussi de prendre note, en passant, de l'opinion de Haller et de Zinn, qui font intervenir dans tous ces mouvements sympathiques l'action cérébrale. Tiedemann ne paraît pas s'en embarrasser, et ne soupçonnait point alors qu'un jour cette opinion, développée par Herbert-Mayo, Marshall et Müller, reprendrait le dessus, sous le nom d'action réflexe de la moelle, et serait bientôt peut-être victorieuse de la sienne.

On pourrait multiplier les exemples que nous avons donnés, et faire voir que, il y a quelques années encore, presque tous les physiologistes pensaient et écrivaient sous l'influence de la doctrine des anastomoses. Arnold contribua beaucoup à la répandre par ses recherches sur les ganglions crâniens. C'était une des bases principales de la physiologie du système nerveux. Cependant, lorsqu'on songe au grand nombre de difficultés qu'elle renferme, et à l'incertitude des principes sur lesquels elle repose, on est forcé de convenir que son long règne tient surtout à l'impossibilité où l'on était de remplacer cette théorie par une autre, et à l'autorité qu'exerce toujours une opinion scientifique, vraie ou fausse, une fois qu'elle est établie.

Il serait inutile, je pense, de faire la critique détaillée de tous les faits exposés d'après Tiedemann ou par ceux qui l'ont suivi. Il nous suffira de montrer l'incertitude de la doctrine elle-même.

1° D'abord, on suppose que chaque ganglion du grand sympathique, agissant comme un centre de mouvements, émet ou irradie un courant moteur involontaire; mais ce point

de départ, qui a sa source dans les idées de Winslow et de Bichat, est aujourd'hui fort contesté, et d'ailleurs n'a jamais été démontré. On a admis cela pour la commodité des explications dont on avait besoin, mais le fait lui-même n'a jamais été établi d'une manière incontestable, malgré les efforts de quelques expérimentateurs, et entre autres de M. Brachet. Il ressort au contraire de tous les travaux modernes que, loin d'agir comme centres de mouvements, les ganglions reçoivent l'influx moteur de l'axe cérébro-spinal.

2° En second lieu, il faudrait prouver, même si ce point était admis, qu'il y a une identité parfaite, sous le rapport des propriétés, entre les ganglions du grand sympathique et ceux que l'on trouve disséminés sur le trajet des nerfs crâniens, notamment de la cinquième paire. Il faudrait même, afin de faire disparaître toutes les incertitudes, montrer en quoi les ganglions otique, ophthalmique, sphéno-palatin et lingual, diffèrent des ganglions que l'on trouve à l'origine du nerf pneumogastrique, du nerf glosso-pharyngien, et de tous ceux que l'on trouve sur la racine sensitive des nerfs rachidiens. L'anatomie n'a pas démontré entre les uns et les autres une différence assez grande pour expliquer comment ils seraient doués de propriétés si dissemblables.

3° En troisième lieu, à supposer même que les ganglions appelés *crâniens* et ceux du grand sympathique eussent la propriété d'émettre des courants moteurs involontaires, il resterait à rendre compte encore d'une autre difficulté à laquelle peut-être on n'a pas fait une suffisante attention. Admettons pour un instant, comme le dit Tiedemann, que dans l'éternument l'irritation parvient dans le ganglion sphéno-palatin, qui réagit sur la chaine des ganglions sympathiques, et par suite sur tous les nerfs de la respiration qui communiquent plus ou moins directement avec cette chaine. Il reste à savoir pourquoi le mouvement ne se montre que dans les muscles animés par tels ou tels nerfs et non dans tous;

car on ne voit pas pourquoi la chaîne ganglionnaire, une fois mise en mouvement, borne son action sur un certain nombre de nerfs rachidiens ou céphaliques; on ne voit pas pourquoi c'est tantôt l'éternument qui se produit, tantôt le vomissement ou l'expectoration. L'irritation, parvenue au ganglion ophthalmique par les nerfs ciliaires, provoque le vomissement, et celle qui arrive au ganglion sphéno-palatin donne lieu au mouvement sternutatoire. Où est donc la cause qui met plus spécialement en rapport les muscles actifs dans les deux cas avec tel ou tel ganglion? Si le mouvement provoqué par l'un des ganglions crâniens descend dans les ganglions cervicaux pour se répandre ensuite dans les nerfs encéphalo-rachidiens qui communiquent avec eux, pourquoi tous les nerfs encéphaliques et rachidiens qui ont ces communications ne reçoivent-ils pas le mouvement? pourquoi, par exemple, le nerf diaphragmatique, plutôt que les autres branches du plexus cervical?

4° On peut ajouter encore qu'il est merveilleux de voir avec quelle facilité on a tracé tous ces trajets profonds, détournés et souvent tortueux à travers le réseau immense formé par les deux systèmes nerveux. Rien n'a embarrassé pour arriver à un pareil résultat. On a admis des ganglions qui n'en ont pas tous les caractères, au moins chez tous les individus; on a décrit des filets anastomotiques dont quelques-uns manquent parfois et même souvent, de l'aveu des meilleurs anatomistes (voir la thèse de M. Gosselin pour une chaire d'anatomie, *Sur le système ganglionnaire*; Paris, 1846); de façon que des phénomènes constants et toujours uniformes auraient pour cause et agents de production des moyens variables dans leur existence et dans leurs qualités; et ensuite, on fait partir des courants nerveux moteurs qui tantôt marchent dans tel sens et tantôt dans un sens inverse, suivant le besoin des explications. Veut-on expliquer pourquoi on vomit dans certaines opérations de cataractes: on dit que les nerfs ciliaires,

ayant été blessés, ont réagi sur le ganglion ophthalmique, celui-ci sur le cervical supérieur, et celui-ci de proche en proche sur l'estomac. Veut-on rendre compte de l'amaurose qui survient dans le cours de certaines affections abdominales : on dit que les ganglions abdominaux ont réagi de proche en proche sur l'ophthalmique et paralysé les nerfs ciliaires. Or, dans tout cela qu'y a-t-il de prouvé ? Que n'a-t-on pas avancé pour expliquer toutes les sympathies de notre corps ? Tiedemann cite une femme qui voyait tous les objets comme à travers un nuage, chaque fois que sa digestion était troublée ; et il donne ce fait comme prouvant la liaison qu'établit le ganglion ophthalmique entre l'œil et le nerf grand sympathique. Pourquoi ne pas faire le même raisonnement pour rendre compte des douleurs de tête, du refroidissement de la peau, et autres accidents variés, que l'on voit également survenir dans un trouble de l'estomac.

Il est donc incontestable que la théorie des ganglions et des anastomoses n'a point la valeur d'une théorie scientifique, et qu'elle est insuffisante, par conséquent, pour expliquer les mouvements que nous voulons étudier.

2° *Théorie de l'action réflexe de la moelle.* — Lorsqu'il y a quelques années, parurent les premières recherches sur ce que l'on appelle l'*action réflexe de la moelle*, action réflexe en vertu de laquelle les centres nerveux seraient un intermédiaire nécessaire pour la production des mouvements sympathiques, beaucoup d'esprits acceptèrent avec empressement cette théorie nouvelle, comme si on se fût trouvé heureux de se débarrasser de l'action mystérieuse et insaisissable des ganglions et des anastomoses. Dans cette nouvelle manière de voir, le phénomène est beaucoup plus simple. Il y a transmission d'une irritation quelconque jusqu'à la moelle, et celle-ci réagissant détermine, au moyen de ses nerfs propres, un mouvement brusque, soudain, automatique, dans certains muscles volontaires. C'est là en quoi consiste la partie fonda-

mentale du phénomène. Le point de départ, la source du mouvement est dans la moelle, et rien n'étonne si celle-ci fait mouvoir des muscles auxquels elle envoie directement des nerfs. Le trajet des courants nerveux, qui était si compliqué dans la théorie précédente, est ici très-facile à saisir. Il y a un premier courant *sensitif* ou centripète : c'est, par exemple, dans le cas d'éternument, la sensation de chatouillement qui, produite dans la pituitaire, parvient au bulbe rachidien par la cinquième paire; puis, il y a un second courant, *moteur* ou centrifuge, qui, partant de la moelle, fait mouvoir les muscles de la respiration. Ces deux courants paraissant s'unir sous un angle à la moelle, comme s'il n'y en avait qu'un qui serait brisé et réfléchi en ce point, on a dit, en employant une expression figurée, qu'il y avait une *action réflexe* de la moelle.

Si nous passons en revue la plupart des mouvements involontaires, nous voyons qu'on a pu en rendre compte jusqu'à un certain point par cette action réflexe de la moelle. Ainsi, dans l'occlusion brusque et subite des paupières, à la suite d'un vif éclat qui frappe l'œil, la sensation douloureuse produite par la trop vive lumière sur la rétine ou même sur la conjonctive arrive à la base du cerveau, et en retour, la moelle allongée détermine l'occlusion des paupières par l'action du nerf facial. Lorsque, dans l'opération de la cataracte, l'un des nerfs ciliaires est blessé (ce que l'on suppose dans certains cas, et peut-être sans raison bien démontrée), l'irritation produite par cette blessure est transmise à la base de l'encéphale soit par le nerf moteur commun, soit, si l'on veut qu'il soit insensible, par le nerf de la cinquième paire, qui tous deux communiquent avec le ganglion ophthalmique, et il part aussitôt de la moelle un courant moteur réflexe qui détermine le vomissement. Nous avons déjà dit que, lorsqu'on éternue après une titillation de la muqueuse nasale, ou une irritation produite sur la conjonctive par une lumière trop vive, la sensation est transmise au bulbe par le nerf trifacial, et que

la moelle réagit sur les nerfs respiratoires. Les mouvements du pharynx pour la déglutition, la toux qui survient après l'irritation du larynx ou des bronches, le vomissement qui succède à la titillation de la luette ou des piliers du voile du palais, s'accomplissent de la même manière. Il y a toujours une sensation trnsmise au centre nerveux encéphalo-rachidien, et celui-ci réfléchit un mouvement automatique, involontaire.

Cette théorie suppose d'abord que la *moelle épinière peut être la source de mouvements involontaires.* Ce premier fait, qui est de la plus haute importance, est facile à démontrer, et il a fallu le règne exclusif des idées qui ont succédé aux travaux de Bichat et même à ceux de Haller, à un certain point de vue, pour que l'on ait paru faire une découverte nouvelle, en démontrant la réalité de ce pouvoir moteur iuvolontaire de la moelle. Legallois, élève même de Bichat, avait surabondamment mis en relief cette influence de la moelle par ses expériences sur les mouvements du cœur et de la respiration, et on trouve dans les expériences postérieures de MM. Flourens, Calmeil et de beaucoup d'autres, des détails nombreux qui attestent cette influence chez des animaux inférieurs. Sans quitter l'observation des faits qui se passent chez l'homme, on avait vu fréquemment des troubles de mouvements involontaires par suite d'une maladie de la moelle. On avait sur ce sujet des éléments et des faits incontestables, mais on manquait d'une théorie soit pour les expliquer, soit pour en offrir un tableau clair et précis; aussi ces faits épars n'avaient-ils qu'une valeur douteuse et incomplète. Il arrive souvent que les faits de détails ne se confirment que par la théorie qui les coordonne et les explique. Aussi, malgré les notions très-précises que Prochaska avait émises sur ce point difficile de l'innervation (ainsi qu'on peut le voir dans le tome I de l'*Anatomie et physiologie du système nerveux,* par M. Longet, p. 307), on a dû arriver jusqu'aux travaux simultanés de Marshall-Hall et de Müller pour voir

enfin la moelle réellement douée d'un pouvoir moteur involontaire. Je ne chercherai point à donner toutes les preuves fournies par ces deux physiologistes, et je me contenterai de rapporter une expérience qui a l'avantage de parler d'une manière frappante à l'esprit.

Si, après avoir coupé une salamandre en deux par une section transversale, on irrite la peau des membres qui tiennent au train postérieur, lequel est séparé de la tête, on voit survenir des mouvements dans ces membres. Qu'alors on enlève la portion de moelle contenue dans la partie postérieure du canal vertébral, c'est en vain que l'on irrite les membres postérieurs, il n'y a plus de mouvement. Quelle est la cause de cette différence dans le résultat? Attendu que les deux expériences diffèrent en un seul point, savoir, que dans le premier cas, il existait dans le train postérieur de l'animal un tronçon de moelle, et qu'il n'y en avait plus dans le second cas, on doit conclure que les mouvements produits en premier lieu avaient leur source dans la moelle.

Quoique se proposant surtout pour but d'expliquer des mouvements involontaires ou sympathiques, comme on le voit dans les recherches de Marshall-Hall et de Müller, la théorie de l'action réflexe ne s'est cependant point offerte avec cette intention. Ce que l'on a paru voir en elle de préférence, c'est la condition d'un mouvement forcé à la suite d'une excitation. Aussi le physiologiste anglais a-t-il donné à cette influence de la moelle le nom de *pouvoir excito-moteur*, et il a fait de ce pouvoir de la moelle une chose tellement spéciale, qu'il admet que l'excitation et le mouvement qui sont alors en jeu parcourent des fibres nerveuses distinctes des fibres sensitives et motrices ordinaires. Un de ses élèves, Grainger, a cru même être parvenu à isoler ces fibres particulières, et dit les avoir suivies jusqu'à la moelle, où ces nerfs *exciteurs* s'uniraient aux nerfs *moteurs* correspondants. Müller nie avec raison l'existence d'un système nerveux spécial

excito-moteur; il admet qu'une excitation ou une sensation précède toujours le mouvement, mais il n'invoque point de fibres nerveuses spéciales pour cet usage. Il diffère encore de Marshall-Hall en ce point que, suivant lui, le mouvement réflectif peut succéder à une excitation perçue par le cerveau, tandis que le physiologiste anglais n'admet ce même courant exciteur que pour la moelle.

Le fait de l'action réflexe de la moelle ou même de l'axe cérébro-spinal est aujourd'hui incontestable, et il est même certain que cette action joue un grand rôle dans la production des mouvements sympathiques. Mais, je ne pense pas que ce que l'on en connaît jusqu'à présent suffise pour expliquer entièrement le caractère de ces mouvements. Je vais essayer de faire valoir cette opinion.

Il y a plusieurs choses à considérer dans les mouvements involontaires sympathiques dont on cherche à connaître le mécanisme. Il y a d'abord cette circonstance, que le mouvement est presque toujours produit à la suite d'une excitation transmise jusqu'aux centres nerveux par un nerf de sentiment; le mouvement succède involontairement, comme un contre-coup de l'excitation. J'ai dit presque toujours, parce que, dans certains cas, l'excitation *proprement dite* manque, comme on le voit lorsqu'on vomit à la seule pensée ou au seul souvenir d'un mets très-répugnant. Mais la règle est cependant qu'une excitation précède et provoque le mouvement, et c'est là la première circonstance dont je parle. Il y a deux autres circonstances encore, et plus importantes à mon avis, puisqu'elles constituent le caractère fondamental du mouvement : d'abord, il y a une association coordonnée des agents musculaires qui provoquent le mouvement, et ensuite une sorte de *choix* ou de détermination dans le mouvement produit. Or, on ne voit pas en quoi l'action réflexe fait connaître la cause de ces deux dernières circonstances.

Je ferai peut-être mieux comprendre ma pensée en l'expli-

quant par un exemple. On éternue lorsque la membrane pituitaire est irritée, et l'on dit qu'alors, l'irritation étant transmise jusqu'au bulbe rachidien par le nerf de la cinquième paire, le bulbe rachidien ou la moelle met en jeu son pouvoir d'action réflexe et détermine le mouvement. D'une autre part, on vomit lorsque les piliers du voile du palais ou la muqueuse stomacale sont irrités, et l'on dit encore que, l'irritation étant transmise jusqu'à la moelle, celle-ci, par contre-coup, provoque le vomissement. Or, je demande pourquoi l'action réflexe s'exprime dans un cas par l'éternument, et dans l'autre cas par le vomissement. Quelle est la cause sous l'influence de laquelle c'est *telle association de mouvements qui a lieu après telle irritation*. On constate un rapport entre telle irritation et tel mouvement, mais quelle est la cause de ce rapport? en un mot, *quelle est la cause qui détermine la diversité et la spécialité des mouvements sympathiques?* Il me semble que tout ce qu'on connait aujourd'hui sur le pouvoir de l'action réflexe est insuffisant pour répondre à cette question, et par conséquent on ne peut point expliquer, avec elle, ce qu'il y a de principal dans les mouvements que nous examinons. Cette lacune, au reste, ne prouve point que la théorie de l'action réflexe soit fausse; elle fait voir seulement que cette théorie est insuffisante pour rendre compte de tout ce qui caractérise les mouvements sympathiques. Il me semble qu'il ne peut y avoir de doute sur ce point.

La difficulté n'existerait pas si, suivant les idées de Marshall-Hall et la supposition de Grainger, les nerfs exciteurs et les moteurs correspondants s'unissaient et se joignaient à la moelle, puisqu'alors il y aurait un lien anatomique et direct entre le mouvement produit et sa cause excitante, et qu'il n'y aurait point rupture dans le trajet parcouru par le double courant excito-moteur. Il ne serait pas besoin alors de rechercher quelle influence détermine la qualité spéciale de tel mouvement dans un cas donné, influence qui, par le choix

et l'association de beaucoup de muscles, semble remplacer l'action de la volonté dans les mouvements volontaires, puisque, dans cette supposition, la détermination du mouvement serait une suite nécessaire de l'excitation. Mais il est bien évident que cette détermination ne repose sur aucune base, sur aucun fait.

La difficulté que j'indique existe donc, et ce qui semble le confirmer encore, c'est que Müller, qui l'a sans doute entrevue, cherche à expliquer comment il se fait que tels mouvements succèdent à telle excitation. Voici à ce sujet ce qu'il propose (*Phys. du syst. nerv.*, t. I, p. 209, 210, trad. par Jourdan) : Les mouvements produits après une excitation seront, suivant lui, exécutés par les nerfs dont l'origine à la moelle est voisine de celle des nerfs sensitifs qui ont apporté l'excitation. Ainsi, d'après cette hypothèse, si l'irritation est transmise à la moelle par le nerf de la cinquième paire, le nerf facial étant plus voisin, par son origine, de la cinquième paire, que les nerfs du diaphragme ou du sphincter de l'anus par exemple, le mouvement involontaire ou réflexe se passera de préférence dans les muscles qui dépendent du nerf facial. Mais, si l'on peut dire que la contraction spasmodique et continue des sphincters de l'anus et de la vessie tient à l'irritation causée sur les nerfs sensitifs de la vessie et de l'intestin par l'urine et les fécès, et que, dans cette action de contraction, le courant sensitif ou exciteur et le moteur ou réflexe suivent des nerfs qui sont presque réunis par leur racine à la moelle; si l'on peut citer comme des exemples analogues la contraction spasmodique des paupières, des lèvres, du nez, des oreilles, après certaines irritations transmises par la cinquième paire, en est-il de même pour d'autres cas? Par exemple, en est-il de même lorsque le vomissement arrive dans une opération de cataracte, à supposer que cela tienne à la blessure d'un nerf ciliaire? est-ce que celui-ci aboutit à la moelle dans un point d'où naissent les nerfs nombreux et va-

riés qui font agir les muscles employés dans le vomissement. Et si cela était, d'ailleurs, cela ne serait plus pour le cas où le vomissement succède à un pincement de l'intestin. Comment trouver alors que les courants exciteur et moteur suivent des nerfs dont l'origine est voisine à la moelle ?

Je n'ai fait que faire pressentir l'insuffisance de la théorie de l'action réflexe pour rendre compte de ce qu'il y a de principal dans les mouvements sympathiques, c'est-à-dire du choix du mouvement qui est produit et de l'association coordonnée des muscles qui y concourent. Avant d'aller plus loin, et de démontrer d'une manière complète cette insuffisance, il n'est pas inutile de poser nettement la question qu'il s'agit résoudre.

Dans l'exécution des mouvements volontaires, l'intention de l'esprit fait le choix du mouvement que l'on veut obtenir, et détermine par conséquent l'action des muscles qui doivent l'accomplir. Dans l'exécution des mouvements involontaires, qui est-ce qui tient lieu de l'intention de l'esprit et agit à sa place pour déterminer l'action de tels muscles plutôt que celle de certains autres? car ces mouvements involontaires ne s'accomplissent point au hasard; ils ont un but qui est toujours atteint avec une fidélité même supérieure à ce que l'on voit dans les autres mouvements. Puisque la volonté n'a ici aucune influence, il faut bien que quelque autre chose agisse à sa place, une cause organique peut-être, et dirige elle-même les mouvements qui se produisent.

Quelle est donc cette cause organique? n'est-ce pas pour y suppléer ou en tenir lieu que Müller a proposé son hypothèse déjà énoncée? Or, il est facile de voir, par de nouveaux exemples, combien cette hypothèse elle-même est insuffisante comme la théorie qu'elle a pour but de compléter.

Après l'irritation de la muqueuse nasale, transmise à la moelle par des rameaux de la cinquième paire, comment expliquer, dans cette hypothèse, la contraction de tous les

muscles expirateurs qui sont employés dans l'éternument? Si, après l'irritation de la muqueuse stomacale, laquelle est transmise par le nerf pneumogastrique, on peut dire qu'alors tous les muscles de l'expiration qui agissent dans le vomissement sont sollicités à agir, parce que le nerf pneumogastrique prend naissance à la moelle, dans un lieu voisin de celui où est reconnu résider le principe des mouvements respiratoires, comment invoquer la même explication pour le vomissement qui a lieu dans le cas où une anse intestinale est étranglée, et dans tous ceux nombreux et variés où les vomissements se produisent, comme dans les maladies du rein, du testicule, etc.?

Lorsque l'irritation porte sur la muqueuse des bronches, de la trachée ou du larynx, elle est transmise à la moelle par le nerf pneumogastrique, comme dans les cas d'une irritation du pharynx ou de l'estomac, et cependant c'est, dans un cas, un accès de toux qui se produit, et dans l'autre, le vomissement. Dira-t-on que ces deux mouvements de la toux et du vomissement sont les mêmes en ce que, dans tous les deux, ce sont les muscles expirateurs qui se contractent? Mais alors vous effacez les différences qui existent entre plusieurs mouvements distincts, et qui voudra croire qu'il n'y a pas une différence réelle et profonde entre ces mouvements divers?

Lorsque l'on irrite la cinquième paire dans la muqueuse nasale, il se produit un éternument, et lorsque l'on irrite le glosso-pharyngien sur la base de la langue, sur les piliers du voile du palais (auxquels ce nerf envoie des rameaux) ou dans le pharynx, on obtient un vomissement. Dira-t-on que la différence entre ces deux mouvements vient de la différence des points où les deux nerfs excités prennent origine à la moelle? mais alors, pourquoi y a-t-il un vomissement par la blessure de quelques rameaux des nerfs ciliaires qui communiquent avec la moelle par le moyen du nerf nasal, branche de la cinquième paire? Et enfin où est le voisinage d'origine

entre le nerf incitateur et le nerf moteur, quand, à l'exemple de M. Magendie, on fait vomir un animal en lui injectant une solution d'émétique dans les veines?

Il faut donc admettre autre chose que toutes les données fournies par la théorie de l'action réflexe, même en y ajoutant l'hypothèse de Müller, qui ne serait applicable qu'à un petit nombre de mouvements involontaires, ceux du pharynx, des sphincters de l'anus, de la vessie, etc; il y a autre chose qui est nécessaire pour expliquer certains mouvements involontaires compliqués, que l'on appelle ordinairement sympathiques.

Ici, j'avoue que je n'ai plus moi-même qu'une hypothèse à proposer; mais il me semble possible de faire voir qu'elle ne s'appuie pas seulement sur la nécessité où l'on est d'y avoir recours pour rendre compte des mouvements que j'examine: elle a été directement adoptée par un expérimentateur moderne. Elle consiste à admettre pour les mouvements sympathiques un centre d'association et de coordination, semblable à celui que l'on sait exister aujourd'hui pour les mouvements respiratoires, et ce centre des mouvements sympathiques aurait son siége dans la moelle épinière.

Il n'y a aucune improbabilité à douer la moelle de propriétés particulières autres que celles de la transmissibilité des courants nerveux. Dans un chapitre intéressant de sa Physiologie, Müller cherche à démontrer que cet organe est la cause de l'énergie dans les mouvements (tome I du *Système nerveux*, p. 368). Il croit en outre que la tension de contraction involontaire qui existe d'une manière continue dans le sphincter de l'anus, celui de la vessie, la tunique musculeuse de l'intestin, le cœur, etc., a sa source dans un appareil particulier de la moelle sur lequel l'anatomie ne nous donne aucun renseignement (p. 366). Il admet et prouve dans un autre chapitre que la cause qui détermine l'alternance dans les mouvements de la respiration et le rhythme que l'on y observe n'est

ni l'alternance des excitations produites par l'action de l'air sur le poumon, ni l'alternance des impulsions du sang sur la moelle; mais que cela résulte d'une *cause inconnue résidant dans la moelle* (p. 549). Tout le monde a fait remarquer que la composition anatomique de la moelle démontre qu'elle ne sert pas seulement à conduire les courants de la sensibilité et du mouvement, et, sans invoquer le rôle le la substance grise, qui ne sert point à cette fonction, ne eut-on pas dire encore que la moelle allongée offre une comlication de structure qui n'est pas seulement en rapport avec ôle d'agent conducteur? Serait-il donc impossible d'admettre ue la moelle allongée est le centre de plusieurs mouvements sociés, comme elle l'est d'une manière certaine pour celui la respiration; d'autant plus que, dans la plupart de ces ouvements sympathiques auxquels je fais allusion, le jeu des uscles respirateurs entre pour une grande part? Que l'on rappelle, enfin, plusieurs des exemples que nous avons cités, dans lesquels on voit le même mouvement se produire à la uite d'excitations transmises par des nerfs différents qui sont oin d'aboutir en un même point de la moelle, comme si un entre recueillait des incitations parvenues de lieux divers, pour les faire suivre d'un mouvement identique. Lorsqu'il survient un vomissement, après l'injection d'une solution émétisée dans les veines d'un animal, ne dirait-on pas que la substance injectée a agi spécialement sur un centre d'où dépend la coordination des mouvements de vomir.

Ce qui, d'ailleurs, est rendu vraisemblable par les motifs que nous venons d'exposer a été admis d'une manière directe par M. Flourens, et comme un résultat de ses expériences. On peut voir, dans le chapitre de ses *Recherches expérimentales sur les propriétés et fonctions du système nerveux* (2[e] édit., p. 169), comment il est arrivé à conclure que, tandis que les mouvements coordonnés par la volonté, tels la marche, saut, etc., ont leur principe régulateur

dans le cervelet, ceux qui sont coordonnés d'une manière involontaire, les mouvements de la respiration, le cri, le bâillement, le vomisssement, l'expulsion des matières fécales, celle de l'urine, etc., sont régis par une action de la moelle allongée. Ce qu'il appelle, dans ce chapitre, les *mouvements de conservation*, n'est autre chose que ce que nous avons désigné jusqu'ici sous le nom de *mouvements sympathiques*. Il a été frappé surtout de la nécessité de trouver un régulateur à ces mouvements coordonnés involontaires, et aujourd'hui que la nouvelle théorie de l'action réflexe ne paraît point capable d'en rendre un compte satisfaisant, j'ai peut-être apporté de nouveaux motifs pour faire adopter son opinion.

En adoptant cette opinion d'une manière définitive, il est possible d'expliquer, par son moyen, des faits qui embarrassent dans toute autre explication : par exemple, la grande facilité avec laquelle se produisent, en certains cas, des mouvements sympathiques qui, dans l'état ordinaire, ont besoin pour se produire d'une certaine irritation déterminée. On sait, en effet, que la maladie étend considérablement la sphère d'excitation qui est capable de produire les divers mouvements associés. Cela est surtout évident pour le vomissement que l'on voit survenir dans une foule de maladies. Or, cette facilité avec laquelle a lieu le vomissement ne tient point à ce que les organes nombreux dont les affections le font naître ont contracté de nouveaux rapports nerveux avec la moelle épinière; elle résulte de l'excitabilité plus grande où se trouve la moelle épinière dans un grand nombre d'états fébriles. Alors, comme le dit Müller, sous l'influence morbide de la moindre cause, son pouvoir moteur involontaire se décharge avec facilité (tom. I, p. 369, 370).

Il est vrai qu'en admettant que la moelle épinière agit comme centre des mouvements sympathiques qu'elle coordonne et produit, à la suite d'une excitation transmise par un nerf, sans que l'espèce du nerf excité soit pour quelque chose

dans la coordination et la détermination du mouvement, on peut proposer encore une objection difficile à résoudre. On peut dire que, si les nerfs exciteurs étaient étrangers à la détermination du choix des mouvements, on ne verrait point ceux-ci, à l'état physiologique, succéder d'une manière si constante à l'rritation de telle ou telle branche nerveuse, par exemple la toux à la stimulation douloureuse de l'un des rameaux qu'envoie le pneumogastrique dans les bronches, la trachée, le larynx. Cette difficulté est en réalité très-embarrassante, mais elle existe, comme il est facile de le voir, pour toutes les manières d'envisager et d'expliquer le phénomène.

En effet, en s'en tenant aux seules données que nous fournit l'action réflexe, sait-on pourquoi le même nerf, le pneumogastrique, excité dans la muqueuse des bronches, fait naître la toux, tandis qu'il provoque le vomissement s'il est irrité dans l'estomac? Sait-on pourquoi la cinquième paire, irritée dans la fosse nasale, donne lieu à l'éternument, irritée à la face interne de la cavité buccale, ne donne lieu à aucun mouvement, tandis qu'elle paraît l'occasion du soulèvement de l'œsophage et de l'estomac, lorsqu'avec un corps étranger on irrite les filets qu'elle envoie à travers le ganglion sphéno-palatin dans la muqueuse du voile du palais. On provoque le vomissement en portant un corps étranger sur la base de la langue, sur les piliers du voile, ou à la partie supérieure du pharynx. Est-ce le nerf glosso-pharyngien qui transmet l'irritation portée sur la base de la langue, ou bien le pneumogastrique qui y donne un filet provenant du laryngé supérieur? Sur les piliers du voile, on ne trouve que des rameaux fournis par le glosso-pharyngien, et dans le pharynx, la branche envoyée par le pneumogastrique est simplement motrice, comme provenant du spinal, d'après les travaux de Bischoff et de M. Longet : voilà donc encore le glosso-pharyngien qui provoque le vomissement à l'isthme du gosier, tout aussi bien que le pneumogastrique dans l'estomac. Com-

ment donc croire que l'espèce de nerfs excités a de l'influence sur la détermination du mouvement produit?

La difficulté que je signale ici devient de plus en plus frappante, à mesure que l'on examine plus attentivement la question. En éloignant la théorie des ganglions et des anastomoses, qui est justement condamnée aujourd'hui, en dédaignant l'explication peu scientifique de la sympathie, on ne sait comment expliquer des faits nombreux. Pourquoi, par exemple, une irritation de la plèvre, qui reçoit ses nerfs des branches spinales, provoque-t-elle la toux et l'expectoration dans la pleurésie, aussi bien que celle des bronches dans la pneumonie? N'y a-t-il pas encore dans ce fait la preuve qu'il suffit qu'une irritation soit transmise à la moelle par un nerf quelconque, pour que celle-ci détermine et coordonne le mouvement de conservation qui doit suivre?

Ne pourrait-on pas, en terminant cette discussion, demander si l'on a bien fait en réalité de supprimer entièrement le mot de *sympathie*, qui jusqu'ici a eu cours dans le langage physiologique? Ce mot, sans doute, est de ceux dont il ne faudrait point abuser, de ceux même qu'il faudrait pouvoir bannir définitivement, parce qu'il n'est qu'un vêtement sans valeur dont se couvre l'ignorance où nous sommes; mais peut-on nier cependant qu'il y ait un lien inconnu et inexplicable, avec nos lois actuelles sur l'action nerveuse, entre certaines parties de notre corps, notamment les muqueuses, et les centres nerveux? Je me borne à émettre cette incertitude, parce qu'au milieu des progrès réels que l'on a faits sur l'innervation, on ne doit pas s'arrêter à des discussions qui ne peuvent faire naître aucun profit.

Nous avons cherché principalement jusqu'ici à appliquer la théorie des ganglions et celle de l'action réflexe de la moelle aux mouvements sympathiques qui ne sont qu'une des variétés de la 1re classe des mouvements involontaires que j'ai dé-

crits dans la première partie de ce mémoire. Je crois avoir montré que ni l'une ni l'autre de ces théories n'est capable de rendre un compte suffisant de ce qui caractérise les mouvements sympathiques, et lors même que ce mémoire n'aurait pour résultat que d'avoir démontré cette proposition, je pense qu'il serait encore digne d'attention, lorsque l'on considère le succès rapide qui fut obtenu par l'action réflexe de la moelle, et l'espoir, fondé en apparence, que l'on eut bientôt d'expliquer par son moyen le mystérieux mécanisme des mouvements sympathiques. Je dois ajouter que, pour les autres mouvements involontaires, quelques-uns, très-simples, peuvent s'expliquer par les seules propriétés de l'action réflexe, tels que celui par lequel les paupières se ferment brusquement lorsque la conjonctive est irritée par le contact d'un corps étranger, celui peut-être par lequel s'exécute le second temps de la déglutition, lorsqu'un bol alimentaire a touché l'isthme du gosier, l'action des sphincters de l'anus et de la vessie, lorsque la présence d'urine ou des matières fécales irrite les nerfs qui se rendent à ces parties, et quelques autres encore. L'influence, proposée par Müller, du voisinage des origines nerveuses me paraît ici rendre un compte suffisant de ce qui arrive.

Mais il est cependant d'autres variétés de mouvements involontaires pour lesquelles on ne saurait trouver aucune explication anatomique, même plausible. De ce nombre sont l'association forcée de certains muscles congénères (1re variété de la 1re classe), ou celle des muscles antagonistes qui se voit d'une manière si manifeste dans les mouvements oculaires (2e variété). De ce nombre encore sont les mouvements expressifs. Pour ce qui les concerne, on comprend, à la rigueur, qu'une secousse quelconque qui affecte le cerveau, où aboutissent toutes les fibres des nerfs moteurs, puisse réagir sur ces nerfs et par conséquent sur les muscles qui en dépendent ; on comprend même que cette réaction soit forcée et

involontaire, comme l'émotion elle-même qui a impressionné la masse encéphalique et à laquelle ne peut se soustraire la volonté. Mais c'est tout ce que l'on peut dire, et on ignore le lien qui existe entre les diverses espèces d'émotions morales et les diverses actions musculaires par lesquelles elles s'expriment. Chaque sorte de passion a son expression fidèle dans un ensemble particulier de contractions au visage, à la poitrine ou dans le reste du corps, et il sera peut-être toujours impossible d'expliquer anatomiquement les différentes nuances de ce tableau varié et cependant si identique chez tous les individus, qui représente les états de notre âme.

Quant aux mouvements de la 2e classe, c'est-à-dire à ceux qui ne sont devenus involontaires que par un effet de l'exercice, il n'est pas besoin de chercher à en donner la théorie. Ne relevant point d'une cause organique spéciale, ils s'expliquent simplement par l'empire de la volonté combinée avec certaines dispositions inhérentes à l'innervation, que j'ai fait connaître dans la première partie. La principale de ces dispositions est une tendance, dans les centres nerveux, à produire et à répéter des décharges motrices qui ont été souvent accomplies. Comme la volonté finit à la longue par être étrangère à l'exécution de ces mouvements, ils empruntent aussi, eux, ce caractère d'identité constante que l'on remarque à un degré plus haut encore, dans les mouvements de la première classe, et semblent revêtir d'une manière complète la forme automatique et instinctive. Ainsi, ils viennent en aide aux mouvements de la première catégorie, pour assurer la conservation de nos organes, et il est permis d'être frappé du merveilleux emploi que l'organisme sait faire des mêmes moyens, les laissant à notre disposition pour les usages que la volonté décide, et les rendant, à la longue, des agents protecteurs et salutaires, pour garantir des actes que notre volonté, distraite ailleurs, ne saurait pas toujours accomplir avec une entière sécurité.

Conclusions. — Il s'en faut, sans doute, que ce mémoire ait résolu toutes les questions qui sont relatives aux mouvements involontaires exécutés par les muscles de la vie animale; mais au moins, après avoir examiné toutes les variétés des mouvements de ce genre, il indique les difficultés que l'on rencontre pour les expliquer.

Il établit : 1° que plusieurs de ces mouvements peuvent s'expliquer par la propriété nommée de l'*action réflexe;*

2° Que, pour les mouvements sympathiques proprement dits (5e variété de la 1re classe), l'action réflexe de la moelle n'est plus suffisante, et qu'il faut admettre, pour rendre compte de la coordination de ces mouvements, un ou plusieurs centres situés dans la moelle et semblables au centre déjà admis pour les mouvements respiratoires;

3° Que, malgré l'adoption de ces centres, qui rendrait compte du concours et de l'association des muscles dans les mouvements sympathiques, il resterait encore à connaître la cause qui détermine la production de tel mouvement dans un cas donné, et le rôle précis que jouent les nerfs pour la détermination spéciale ou le choix qui a lieu;

4° Que la qualité involontaire des mouvements admis dans la 1re et la 2e variété de la 1re classe tient à une cause encore inconnue;

5° Que ceux que l'on nomme *expressifs* (6e variété, 1re classe) ne reconnaissent également aucune explication anatomique;

6° Que quant à ceux de la 2e classe, qui ne sont devenus involontaires qu'accidentellement, ils s'expliquent suffisamment par les lois ordinaires de l'innervation.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie pathologique. — Pathologie et thérapeutique médicales.

Aorte double (*Observ. d'— avec tumeur anévrysmale et dégénérescence crétacée de l'une des deux aortes, et hypertrophie générale du cœur*); par M. le professeur Bouillaud. — Un homme de 36 ans, fontainier, entra à l'hôpital de la Charité le 4 mars 1847. Cet homme, qui donnait des détails peu satisfaisants sur ses antécédents, était malade depuis un an, et avait éprouvé, à la suite d'un effort, une vive douleur à la partie inférieure et antérieure droite de la poitrine, avec quinte de toux, oppression, etc. Plus tard, il lui survint des battements de cœur. Ce malade présentait, le 25 avril, l'état suivant : embonpoint assez bien conservé, teinte pâle, pas d'œdème, bon appétit, pas de dévoiement, respiration normale, pas de dyspnée ou de palpitations dans l'état de repos. Étendue de la matité, vers la région précordiale, de 14 cent. verticalement, et la pointe du cœur correspondant au sixième espace intercostal, en dehors d'une ligne verticale partant du mamelon gauche. La région précordiale agitée par un double mouvement de soulèvement et d'affaissement, correspondant à la systole, à la diastole ventriculaire; double mouvement également sensible à la vue et au toucher. Impulsion du cœur régulière et manifestement augmentée. Le double claquement valvulaire en grande partie couvert par un double bruit de souffle, rude, râpeux (le second bruit ou claquement du cœur plus distinct que le premier, et sensiblement parcheminé). Voussure très-manifeste à la région du sein droit, s'étendant en haut et en dehors jusqu'au bord supérieur interne de l'aisselle, à peu près au niveau du bord supérieur de la troisième côte, et en bas, jusqu'aux cinquième et sixième côtes, à 2 centim. en dehors du plan du mamelon; matité très-prononcée dans toute cette étendue (11 centim. verticalement, et 13 transversalement). Dans le même point, double battement; double mouvement de soulèvement et d'abaissement, dont le premier coïncide avec la systole ventriculaire, et le second avec la diastole. Dans toute l'étendue de la voussure, bruit de souffle très-

fort, large, diffus, rude, comparable à un *bruit d'étrille*, et sans mélange d'aucun bruit de claquement. Sur la région de la tumeur, frémissement vibratoire profond, isochrone à la diastole de l'aorte et à la systole ventriculaire, plus marqué dans la moitié supérieure de la voussure que dans la moitié inférieure. Frémissement semblable dans l'échancrure supérieure du sternum, au niveau de la crosse aortique, qui fait une saillie très-prononcée; frémissement vibratoire plus distinct encore dans les sous-clavières (dans la gauche surtout, où il est manifestement isochrone à la systole artérielle, et non à la diastole). Rien de pareil dans les autres artères, dont les battements, parfaitement réguliers, sont bien détachés, redoublés et comme vibrants. M. Bouillaud porta le diagnostic suivant : *Hypertrophie considérable du cœur*; *dilatation ovoïde de l'aorte sous-sternale, avec dégénérescence crétacée de sa membrane interne*, dont la surface est inégale et raboteuse. Ce malade est resté dans les salles de M. Bouillaud jusqu'au 26 juillet, époque de sa mort, sans avoir présenté autre chose de nouveau que la présence de l'albumine dans les urines, à la suite de l'application d'un large vésicatoire, qui avait été réclamé par des phénomènes inflammatoires du côté du poumon et de la plèvre.

A l'*autopsie*, on a constaté, du côté du cœur et des gros vaisseaux, des altérations nombreuses et une disposition congéniale des plus remarquables. Le cœur très-volumineux présentait, à sa surface, quelques plaques laiteuses, et pesait 650 grammes ; toutes ses cavités élargies et hypertrophiées, toutes ses valvules bien conformées et suffisantes; les valvules de l'orifice aortique en particulier, quoique généralement épaissies, ne paraissaient nullement altérées ; l'orifice correspondant avait de 11 à 12 centimètres de circonférence. A peine la poitrine fut-elle ouverte, que la tumeur anévrysmale de l'aorte s'offrit aux regards. Mais, après avoir fendu l'aorte dilatée, de manière à chercher son embouchure dans le ventricule gauche, on ne fut pas peu surpris de voir que, au lieu d'une seule embouchure, il y en avait deux; autrement dit, au lieu d'une seule aorte il en existait deux, adossées l'une à l'autre, et réunies par une cloison commune. Ces deux aortes, ou ces deux divisions d'une seule et même aorte, avaient la même longueur, mais non la même grosseur. La plus *grosse* naissait de la partie droite du ventricule gauche, et la plus *petite*, de la partie gauche. De là, elles marchaient adossées l'une à l'autre jusqu'à la dernière vertèbre lombaire, et se terminaient, la *grosse*, par l'iliaque primitive droite, la *petite*, par l'iliaque primitive gauche.

Dans la région sternale, la grosse aorte couvrait et cachait en quelque sorte la petite, qui lui était postérieure. Dans le trajet descendant de ces deux vaisseaux, la grosse artère était placée à droite et un peu en arrière; la petite, à gauche et un peu en avant. La cloison qui partageait ainsi l'aorte naissait au niveau du bord libre des valvules aortiques. Là, elle se présentait sous forme d'une sorte de diaphragme ou d'*hymen*, percé à droite d'une ouverture annulaire, de 2 et demi à 3 centimètres de diamètre, laquelle ouverture appartenait à la grosse aorte, dilatée à son origine. L'aorte gauche, à sa naissance, présentait une cavité infundibuliforme, pour se rétrécir ensuite à 4 centimètres au-dessus de son embouchure droite dans l'orifice ventriculaire; entre la double ouverture que l'on remarquait à l'origine de la cloison inter-aortique, et l'orifice unique du ventricule gauche, existait une sorte de golfe que le sang sorti du ventricule gauche traversait avant de pénétrer dans les deux aortes, par la double ouverture indiquée. La cloison inter-aortique, dans sa portion ascendante, était percée de plusieurs petites ouvertures arrondies, lenticulaires, qui faisaient communiquer les deux aortes l'une avec l'autre; ouvertures moins nombreuses à leur partie supérieure qu'à leur partie inférieure, surtout tout à fait en bas, immédiatement au-dessus des iliaques primitives, où la cloison inter-aortique offrait une ouverture beaucoup plus large que les précédentes, de figure ovalaire, et ayant la plus grande ressemblance avec le trou de Botal non oblitéré. Le diamètre de cette dernière ouverture était de 1 centimètre. Sa circonférence, comme celle du trou de Botal, était munie d'une espèce de valvule à bords minces et tranchants. Les petites ouvertures signalées plus haut n'étaient, en quelque sorte, que les diminutifs de cette dernière. Le tronc brachio-céphalique, la carotide primitive gauche, les artères intercostales et lombaires, l'artère cœliaque, les artères mésentériques supérieure et inférieure, étaient fournies exclusivement par la plus petite aorte. La sous-clavière gauche naissait à la fois de la petite et de la grosse aorte; de sorte que, comme l'aorte elle-même, elle était double ou *bifide*. Une cloison analogue à celle de l'aorte était commune aux deux divisions, dont se composait la sous-clavière à son origine. Une des artères rénales naissait de la grosse aorte; l'autre était fournie par la petite. Il en était de même des deux artères coronaires. Aux points correspondants à l'origine du tronc brachio-céphalique de la carotide gauche, du tronc cœliaque, des artères mésentériques, la grosse aorte ne fournissait aucun tronc; mais

elle offrait des enfoncements, en forme de cul-de-sac, sorte de vestige ou de rudiment de ces artères avortées et probablement oblitérées dans les premiers temps de leur évolution. Ces enfoncements étaient placés à côté des artères indiquées, là où elles naissaient de la petite aorte. La circonférence intérieure de la grosse aorte était de 6 à 7 centimètres, excepté au niveau du point occupé par l'anévrysme. A son origine, comme on l'a vu, la petite aorte était dilatée en forme d'entonnoir; sa circonférence interne était de 9 centimètres ; elle n'était que de 5 centimètres à l'origine du tronc brachio-céphalique, de 9 centimètres dans un renflement au niveau de la crosse, de 4 à 4 et demi centimètres dans sa portion thoracique descendante, et de 3 à 4 centimètres dans sa portion abdominale. La circonférence intérieure du tronc brachio-céphalique était de 3 centimètres; celle de la carotide primitive gauche, de 2 centimètres et demi; celle de la portion de sous-clavière fournie par la grosse aorte, de 5 centimètres; celle de la portion de la même sous-clavière fournie par la petite aorte, de 4 centimètres; la circonférence intérieure de l'artère iliaque primitive, provenant de la grosse aorte, de 4 centimètres un quart; celle de l'iliaque primitive, provenant de la petite aorte, de 3 centimètres trois quarts. Ainsi qu'il a été dit plus haut, la grosse aorte, immédiatement après son origine, était le siége d'une énorme dilatation, et formait une tumeur ovoïde, du volume d'un œuf de dinde, qui occupait le côté droit de la poitrine. La cavité de la tumeur renfermait des caillots récents, nullement adhérents. Les parois dilatées étaient formées de trois membranes plutôt épaissies qu'amincies. L'arc de cercle que décrivait le bord droit de la tumeur, depuis son origine jusqu'à sa terminaison, était de 15 à 16 centimètres. La circonférence intérieure de la portion la plus dilatée de l'aorte était de 13 à 14 centimètres. Cette grosse aorte se rétrécissait brusquement, au moment où elle se recourbait pour former la crosse; là elle se dilatait de nouveau, pour former une seconde tumeur, du volume d'un petit œuf de poule, également formée des trois membranes de l'artère. A partir de ce point jusqu'à sa terminaison, la grosse aorte conservait sensiblement partout un calibre égal; dans toute son étendue, elle était le siége d'une dégénérescence calcaire ou crétacée, pour ainsi dire confluente, surtout là où elle concourait à fournir la sous-clavière gauche; et la dégénérescence s'étendait, dans l'espace de 1 centimètre, sur le trajet de cette dernière artère. La petite aorte n'offrait aucune dégénérescence, non plus que les artères auxquelles elle donnait naissance, soit seule, soit

de concert avec la grosse aorte. On trouvait seulement dans cette petite aorte quelques taches jaunâtres, une sorte de plaque saillante, d'un aspect comme charnu, et quelques rugosités fibreuses ou fibro-cartilagineuses; mais aucune lame ou plaque calcaire proprement dite. Au niveau de sa courbure, cette dernière artère était le siége d'une dilatation sacciforme, adossée à la dilatation de la crosse de la grosse aorte. Les poumons étaient fortement adhérents et congestionnés. Le poumon droit, refoulé par l'aorte dilatée, offrait, vers la racine des bronches, une dépression très-notable; les reins étaient d'un rouge assez foncé, la membrane interne des calices fortement injectée. (*Union médicale*, août 1847.)

L'observation qui précède est un exemple d'un des plus curieux et des plus rares vices de développement de l'aorte. Sous le point de vue tératologique, on pourrait peut-être la considérer comme la persistance d'une disposition transitoire dans la conformation de l'aorte, composée, à une certaine époque de la vie intra-utérine, de deux canaux qui se réunissent plus tard en un seul, des deux artères iliaques suivant Bäer, Muller et Rolando. Telle n'est pas l'opinion de Bischoff, qui, dans ses travaux sur l'embryologie, après avoir indiqué comment se développe le bulbe ou renflement aortique, ajoute: Les métamorphoses de cette aorte qui se produit au dépens du renflement aortique consistent en ce qu'on la voit d'abord se tordre en spirale; après quoi il se développe dans son milieu une cloison de laquelle résultent deux canaux tordus sur eux-mêmes. L'un de ces canaux communique avec la portion ventriculaire droite, l'autre avec la gauche. M. Serres a constaté quelque chose d'analogue chez les oiseaux vers la quarantième ou la cinquantième heure de l'incubation. Quoi qu'il en soit, il reste dans cette observation des circonstances sur lesquelles l'embryologie ne jette qu'une clarté très-douteuse, telles que toutes les particularités relatives à l'origine des artères fournies par les deux aortes ou par les deux divisions d'une seule et même aorte; à l'origine de la double aorte elle-même; aux communications réciproques des deux aortes l'une avec l'autre à la faveur d'ouvertures établies dans la cloison commune, etc. etc. Sous le rapport pathologique, cette observation offre aussi de l'intérêt, d'un côté par la nature des altérations qui portaient sur l'une des deux aortes, de l'autre par la non-participation de l'aorte d'un côté aux lésions qui avaient atteint sa congénère.

Perforation de l'estomac (*Obs. de — suivie de guérison; nouvelle perforation et mort quatre mois après*); par MM. Hughes et E. Ray. — Une fille de 28 ans, d'un aspect chlorotique, mal réglée et leucorrhéique, souffrait, depuis trois ou quatre jours, d'un peu de gêne à la région épigastrique et vers l'hypochondre gauche. L'ingestion des aliments augmentait les douleurs : aussi la malade s'était-elle mise à la diète. Du reste, elle était sujette à vomir fréquemment et à ressentir des douleurs d'estomac. Le 26 février 1846, elle était occupée à quelque travail de ménage, lorsqu'elle ressentit une douleur atroce à la région épigastrique, et tomba immédiatement dans un état de collapsus effrayant. Le Dr Ray, qui fut appelé auprès d'elle quelques instants après, la trouva dans une anxiété extrême, les extrémités et le tronc froids, le pouls imperceptible ; elle répondait parfaitement aux questions qu'on lui adressait, et se plaignait d'une douleur continuelle à l'épigastre et vers l'épaule droite. L'abdomen n'était ni tuméfié ni sensible à la pression, excepté à la région épigastrique. Transportée immédiatement à l'hôpital de Guy, son état n'était plus le même qu'au moment où le Dr Ray l'avait vue. En effet, indépendamment des phénomènes que ce médecin avait notés, l'abdomen était développé et notablement ballonné ; cependant il n'y avait pas de vomissement. La malade dormit assez bien pendant la nuit; mais la douleur abdominale avait augmenté, ainsi que le ballonnement. Grâce à un traitement énergique, ces accidents, qui indiquaient évidemment une péritonite, furent peu à peu conjurés, et à l'exception d'une nouvelle reprise de l'inflammation, qui eut lieu vers le seizième jour, tout marcha de la manière la plus favorable. Cette malade sortit de l'hôpital dans un état satisfaisant au vingt-deuxième jour.

Les auteurs de cette observation avaient complétement perdu de vue cette jeune fille, lorsque le 21 juin 1846, à cinq heures du soir, le Dr Ray fut appelé de nouveau à lui donner ses soins. Il apprit que depuis quelques jours elle ne mangeait pas comme d'ordinaire, et qu'elle avait vécu principalement de fruits. Dans la matinée du 21, elle avait eu de la diarrhée et des douleurs d'estomac. Cependant, dans l'après-midi, elle était assez bien, lorsque, tout à coup, elle fut prise subitement d'une douleur déchirante à la région de l'estomac, et perdit connaissance. Tout son corps était froid et couvert d'une sueur glaciale, la face était décolorée et anxieuse, les lèvres pâles et légèrement écartées, les yeux sans éclat, les battements du cœur presque insensibles ; le pouls à 72 pulsations,

filiforme ; la malade poussait des gémissements sourds ; le scrobicule du cœur était le siége d'une douleur vive qui s'aggravait par la pression, la soif intense, l'abdomen sensible au toucher. Trois heures après, la peau était plus chaude, la soif plus vive, l'abdomen ballonné, hoquet continuel. Pendant la nuit, les douleurs cessèrent complétement, et la malade s'éteignit graduellement dans la matinée du lendemain.

Autopsie. — L'aspect extérieur ne présentait de particulier que la tension et le ballonnement considérable de l'abdomen. Une ponction donna issue à une grande quantité d'air. La cavité péritonéale renfermait une grande quantité d'un liquide trouble, mélangé de fausses membranes, et au milieu duquel on reconnaissait des débris de cerises, de framboises et de fraises. C'était surtout dans l'hypochondre droit que ce liquide était en grande quantité. Quelques adhérences celluleuses, très-courtes, réunissaient les circonvolutions intestinales ; çà et là des adhérences anciennes et résistantes unissaient les parois abdominales aux intestins et à l'estomac. Presque tous les viscères de l'abdomen offraient, à leur surface, des plaques de fibrine, blanches, très-molles, faciles à détacher et qui paraissaient évidemment le résultat d'une inflammation récente. Ce dépôt de lymphe plastique était très-abondant à la face antérieure de l'estomac. Le foie avait également contracté des adhérences avec l'estomac et le grand épiploon. Ces adhérences, qui étaient anciennes, renfermaient des vaisseaux sanguins, et étaient elles-mêmes tapissées de lymphe plastique récemment déposée. Entre ces fausses membranes, on apercevait des débris de fraises et de framboises. Considéré à l'extérieur, l'estomac présentait une constriction centrale qui lui donnait l'aspect de l'horloge dite *sablier.* Quand on pressait sur cet organe, on voyait les gaz et les liquides s'échapper à travers les adhérences anciennes dont nous avons parlé, au niveau de la petite courbure de l'estomac. C'était donc là que se trouvait l'ouverture anormale de l'estomac, qui faisait communiquer cet organe avec le péritoine. L'estomac fut ouvert par une large incision, pratiquée le long de son bord antérieur et parallèlement à la grande courbure. Il y avait dans son intérieur une grande quantité de cerises, framboises, etc., qui étaient à peine altérées. Ces fruits se trouvaient surtout agglomérés au niveau de l'extrémité pylorique de l'estomac, qu'ils remplissaient. Quant à l'ouverture anormale, elle était fermée par une fraise. Cette ouverture était située au milieu de l'espace compris entre l'œsophage et le pylore, au niveau de la

petite courbure. Elle était le résultat d'une ulcération irrégulière, à bords inégaux, fortement injectés. A cette ouverture succédait un canal conique, qui se dirigeait obliquement de bas en haut et d'avant en arrière, à travers les parois de l'estomac. Ce canal avait un demi-pouce de long, et la forme d'un cône creux, à parois épaisses et solides, dont la base se trouvait du côté de la muqueuse, et le sommet du côté du péritoine. La base en était ovalaire, large d'un demi-pouce dans son plus grand diamètre, et d'un quart de pouce dans son plus petit. Autour d'elle, la membrane muqueuse était légèrement rétractée en dedans. Le sommet du cône était également ovalaire, et ses bords étaient lisses et nettement coupés. Partout ailleurs la membrane muqueuse était saine, excepté au niveau d'un autre point, vers la petite courbure, où l'on voyait cette membrane présenter, près du pylore, des rides et un enfoncement, qui indiquait la cicatrisation d'un ancien ulcère. L'intestin était parfaitement sain. Le foie avait des adhérences anciennes avec le diaphragme, mais il n'était pas enflammé. (*Guy's hospital reports*, t. IV, 2e série; 1846.)

En conservant à l'observation précédente le titre qui lui a été donné par son auteur, nous n'avons pas voulu prendre personnellement la responsabilité de l'opinion qu'il a émise : à savoir, qu'il y avait eu, à une époque antérieure, une perforation de l'estomac, suivie de guérison. Nous reconnaissons avec lui que cette jeune malade a présenté presque tous les symptômes qui caractérisent la pénétration des corps étrangers dans le péritoine, et par conséquent la perforation de l'estomac. Il nous semble toutefois que les accidents inflammatoires ont été loin de présenter l'intensité qu'ils offrent en pareil cas. Tout ce qu'on peut affirmer, c'est qu'il y a eu une première péritonite, dont la guérison est un fait extrêmement remarquable, dans les circonstances particulières où cette jeune fille se trouvait placée ; une autre circonstance curieuse, c'est qu'un travail organique aussi profond que celui qui a donné lieu à la mort ait pu s'accomplir dans l'estomac, sans que la malade ait présenté aucun symptôme grave.

Invagination intestinale (*Obs. d' — chez un enfant de 4 mois, mort par hémorrhagie*); par le Dr Alf. Markwick. — Un enfant de 4 mois fut présenté à l'auteur par suite d'une hémorrhagie qui avait lieu par l'anus et par l'estomac; cette hémorrhagie avait commencé une semaine auparavant. Il paraissait qu'elle était survenue subitement sans symptômes précurseurs, et qu'elle avait

continué depuis avec abondance et à diverses reprises, plus particulièrement par l'intestin. Les couches de l'enfant ne renfermaient que du sang pur. Les vomissements consistaient en une matière épaisse, d'un jaune verdâtre, mélangée de particules blanchâtres, et l'on n'apercevait que quelques traces de sang. Ces vomissements avaient lieu sans effort et comme par régurgitation. L'enfant était pâle et exsangue, les pupilles largement dilatées, le pouls faible et fréquent, l'abdomen légèrement distendu et sensible. De temps en temps, l'enfant jetait des cris aigus. L'auteur apprit, par une interrogation plus étendue, que cet enfant avait été presque continuellement malade pendant les huit premières semaines de son existence; qu'il n'avait pas rendu son méconium à l'époque ordinaire, et qu'il avait fallu lui administrer des purgatifs. A six semaines, il avait eu des accidents semblables à ceux qu'il éprouvait maintenant, et c'était au moment où il commençait à se rétablir que cette hémorrhagie était brusquement survenue. Malgré tous les moyens employés, son état empira : la régurgitation devint presque continuelle, l'abdomen se distendit et devint douloureux; l'hémorrhagie intestinale fut remplacée pa- l'écoulement d'un mélange de matière fécale et de détritus gangréneux d'une odeur très-fétide. Il succomba dans un affaiblissement graduel. — *Autopsie.* L'estomac renfermait une grande quantité d'un liquide épais, verdâtre. L'intestin grêle était notablement distendu et renfermait une grande quantité de matières fécales jaunâtres. Le cœcum et la totalité du colon étaient invaginés dans la portion sigmoïde de ce dernier intestin; le rectum était fortement rétréci, et contrastait avec l'énorme dilatation de l'intestin placé au-dessus. En détachant les adhérences, on reconnut que la portion invaginée, formée du cœcum, du colon, et peut-être même d'une portion de l'intestin grêle, n'avait plus que 3 pouces de long et était complétement gangrenée; tandis que sa lumière était complétement oblitérée par de nombreuses masses rouges, ressemblant à des caillots organisés. (*The Lancet*, juillet 1846.)

Nous appelons l'attention sur plusieurs circonstances curieuses de cette observation : 1° la présence d'une invagination à l'âge de 4 mois; 2° les probabilités très-grandes qui semblent faire remonter cette invagination à une époque voisine, peut-être même antérieure à la naissance; 3° sur l'hémorrhagie abondante qui a eu lieu à la fois par l'anus et par la bouche, circonstance extrêmement rare dans le cas d'invagination.

Abcès de la fosse iliaque (*Obs. d' — ouvert dans la vessie et plus tard dans la région lombaire, chez un enfant*); par le D[r] Battersby. — Un enfant de 6 mois fut porté à l'hôpital des Enfants le 22 novembre 1844, dans le service du docteur Dwyer. Depuis trois semaines, l'enfant était malade, et les seuls symptômes qu'on eût notés chez lui étaient de la fièvre, de l'agitation, des cris et de l'insomnie. A cette époque, on reconnut chez lui l'existence d'une tuméfaction molle, élastique, occupant les téguments du côté droit de la région hypogastrique, et correspondant principalement au canal inguinal; et profondément une tumeur fixe, très-dure, allongée et douloureuse, située parallèlement au ligament de Poupart. Le membre inférieur droit était gonflé et dur, sans être œdémateux; la cuisse immobile, à demi fléchie sur le bassin, et les moindres mouvements qu'on lui imprimait déterminaient à l'instant une vive douleur. Cette tumeur augmenta de volume jusqu'au 26 décembre, époque à laquelle le petit malade rendit, avec ses urines, environ une tasse de pus. Cette évacuation purulente produisit un grand soulagement, et persista pendant douze jours. Mais, à cette époque, la tumeur, qui avait considérablement diminué de volume, commença à croître de nouveau, et l'on vit apparaître une tuméfaction considérable vers la fesse droite, dans l'espace compris entre le bord de l'os iliaque et l'épine du sacrum. En pressant à ce niveau, on sentait une fluctuation peu distincte. La peau, qui n'avait pas changé de couleur, était parcourue par des veines distendues; la cuisse était immobile, gonflée, et dans la demi-flexion comme auparavant. Vers la fin de janvier, la tumeur augmenta notablement de volume dans le sens postérieur; la fluctuation devint évidente, et une incision, qui y fut pratiquée, donna issue à une grande quantité de pus. La cavité de l'abcès était large, et on pouvait promener un stylet dans son intérieur, dans une étendue de 3 à 4 pouces. La tumeur de la fosse iliaque était encore sensible au toucher. Le 26 février, l'abcès de la région fessière avait disparu : on ne distinguait plus qu'une ouverture fistuleuse, par laquelle s'écoulait un pus aqueux et quelquefois sanguinolent. Toutes les fois que cette ouverture se fermait, la tumeur de la fosse iliaque augmentait de volume, et l'urine recommençait à charrier du pus, mais en quantité moins considérable qu'autrefois. Le membre inférieur droit continuait à être tuméfié et immobile. L'enfant était amaigri; mais les fonctions, en général, ne paraissaient pas altérées. L'auteur le perdit de vue pendant plusieurs mois; lorsqu'il le revit de nouveau au mois de septembre

suivant, il était complétement guéri de sa première maladie, et le membre inférieur avait repris son volume et sa mobilité ordinaires. (*Dublin quarterly journal of med.*, mai 1847.)

Influenza (*Obs. sur une épidémie d' — qui a régné chez les enfants à Richmond*); par le Dr Fleetwood Churchill. — Dans ce travail, l'auteur a tracé l'histoire d'une épidémie d'*influenza* qui a régné, pendant les mois de décembre et de janvier dernier, à Richmond, et qui a porté principalement sur les enfants. Dans le cours de ces deux mois, l'auteur n'a pas vu moins de soixante enfants qui en étaient atteints. L'épidémie a frappé des enfants de tout âge, depuis l'âge de deux mois jusqu'à celui de quatorze ans, et même, dans quelques circonstances, les parents et les domestiques de quelques-uns de ces enfants. La maladie a été constamment plus grave chez les enfants les plus jeunes. Le mode d'invasion était très-variable. Dans quelques cas, toute une famille subissait en même temps l'influence épidémique au même degré; dans d'autres cas, un ou deux enfants offraient tous les symptômes de la maladie épidémique, tandis que les autres n'étaient affectés que d'un peu de toux avec quelques symptômes fébriles; enfin, quelquefois, on voyait tous les enfants d'une même famille être successivement atteints de la maladie. Comme dans les autres épidémies d'influenza, l'épidémie avait pour caractère distinctif des affections de poitrine, accompagnées constamment d'une fièvre très-vive. La fièvre précédait quelquefois la toux; mais le plus souvent, elle ne se montrait que le second, le troisième ou le quatrième jour. L'enfant était lourd, pesant, morose; il recherchait constamment le feu, se refusait à tout exercice et aux amusements de son âge. La peau était chaude, colorée, le pouls très-fréquent, de 120 à 160; il y avait peut-être un peu moins de soif qu'on eût dû l'attendre d'une fièvre aussi intense; les urines étaient rares, quelquefois fortement colorées; la langue blanche et chargée, plus rarement sèche; anorexie, parfois des vomissements ou de la diarrhée; dans presque tous les cas, de l'insomnie, de l'agitation pendant la nuit, et même un léger délire. En ce qui touche l'affection locale, l'auteur a noté trois variétés, souvent tout à fait distinctes, mais dont deux se montraient parfois réunies chez le même enfant : 1° dans la forme la plus légère de la maladie, principalement chez les enfants les plus âgés, c'étaient les gros tuyaux bronchiques qui étaient seuls affectés. Il y avait d'abord une toux fréquente, un

certain degré d'enrouement qui annonçait que le larynx et la trachée participaient à la maladie. L'enrouement cessait souvent; mais la toux persistait très-fatigante, avec une abondante expectoration, à partir du premier ou du deuxième jour. Chez deux jeunes enfants qui avaient moins de quatre ans, le larynx fut affecté d'une manière plus grave, et la maladie commença par des accidents de suffocation analogues à ceux du croup et qui disparurent en dix ou douze heures chez l'un, et en quarante-huit heures chez l'autre, laissant après eux la maladie épidémique dont il s'agit ici. La toux était douloureuse, et les enfants les plus âgés disaient qu'elle leur déchirait la poitrine. Après un jour ou deux, la fièvre redoublait d'intensité sans que la toux diminuât; et pendant quelques jours, l'enfant restait dans un état très-grave, jusqu'à la diminution de la toux et de la fièvre et le rétablissement de l'expectoration. La percussion ne faisait reconnaître rien de particulier; il en était de même de l'auscultation, excepté au niveau des gros tuyaux bronchiques, où l'on percevait un peu de râle sonore; 2° dans la seconde forme de cette maladie, qui affectait les enfants de tout âge, c'était la bronchite de l'un ou des deux poumons, avec congestion de ces deux organes, qui formait le trait prédominant de la maladie. Dans ces cas, la respiration était beaucoup plus accélérée, et s'accomplissait avec quelque difficulté, même avec un sifflement qu'on percevait à certaine distance. L'oxygénation imparfaite du sang se traduisait par la coloration rouge foncé, quelquefois livide, des joues. La toux était incessante, l'expectoration muqueuse et abondante, et chez les jeunes enfants qui ne savaient pas expectorer, cette circonstance particulière ajoutait encore à la gêne de la respiration; la fièvre était proportionnelle à l'étendue et à l'intensité de la bronchite. Dans quelques cas, les accidents étaient si graves qu'on pouvait craindre la suffocation. Cependant, avec des soins et un temps convenable, tous ces enfants ont guéri. L'oreille appliquée sur la poitrine faisait percevoir toutes les variétés possibles des râles de la bronchite, muqueux, sibilant, sonore, etc., et ensuite une crépitation un peu plus grosse et un peu plus humide que celle qui appartient à la pneumonie. La percussion fournissait un son clair, excepté au niveau des points où l'on percevait le râle crépitant, et où la sonorité était évidemment moindre. A mesure que la maladie marchait vers la convalescence, la crépitation disparaissait la première, puis la respiration devenait moins fréquente et moins laborieuse, l'anxiété était moindre, et la toux disparaissait graduellement. Les râles de la bronchite

persistaient seuls, à un degré médiocre, pendant longtemps, et chose vraiment remarquable, dans un grand nombre de cas, à mesure que la bronchite générale diminuait, on voyait les gros tuyaux bronchiques, même le larynx, s'affecter à leur tour; 3° dans la troisième forme, il y avait ou une pneumonie simple ou une pneumonie mêlée à un certain degré de bronchite. Cette forme, l'auteur ne l'a observée que chez de jeunes enfants, et jamais après l'âge de cinq ans. Son début était très-obscur, la fièvre était vive, la respiration précipitée, il y avait peu de toux, et dans certains cas, on eût pu croire à une fièvre rémittente. Il y avait une double pneumonie chez tous ces malades : la respiration était extrêmement fréquente et laborieuse, la face gonflée et les pommettes colorées, le pouls accéléré, la soif vive, l'agitation extrême. Dans tous ces cas, on percevait distinctement le râle crépitant fin de la pneumonie, rarement mêlé à du râle muqueux ou sibilant. Il y avait de la matité à la percussion. À mesure que les signes de la pneumonie disparaissaient et que la fièvre diminuait, la toux augmentait, en général. Quoi qu'il en soit, cette dernière forme était la plus grave de toutes; cependant l'auteur n'a pas perdu un seul de ces malades. Quant au traitement qu'il a employé, il a consisté dans l'administration de vomitifs, àsavoir : de l'ipécacuanha dans les deux premières formes, et du tartre stibié dans la dernière, en ayant soin de prolonger l'état nauséeux pendant une heure ou deux. Dans la deuxième et dans la troisième variété, l'auteur a fait appliquer des sangsues, lorsque la respiration était précipitée et difficile, le pouls vite et fort, surtout lorsque l'enfant pouvait les supporter. Dans la plupart des cas, l'auteur a fait suivre ces moyens de l'administration d'une mixture composée de vin, de quinquina, d'élixir parégorique et de lait d'amandes, et dans le cas de pneumonie, d'une potion avec le tartre stibié dont il combattait l'influence dépressive par l'addition d'une petite quantité d'ammoniaque ou de quelques gouttes d'essence de térébenthine; enfin, il y ajoutait de petites doses de calomel, d'ipécacuanha et de poudre de James. L'auteur dit avoir eu beaucoup à se louer des cataplasmes de graine de lin, appliqués chauds sur la poitrine, ainsi que des cataplasmes sinapisés et des bains tièdes. (*Dublin quarterly journal of med.*, mai 1847.)

Pathologie et thérapeutique chirurgicales.

Spina bifida (*Obs. de — guéri par des ponctions répétées et la teinture d'iode*); par le Dr Evans. — L'auteur fut appelé à donner

des soins à un enfant âgé de 8 mois, qui portait, au niveau de la quatrième vertèbre lombaire, une tumeur du volume d'un œuf d'oie, présentant tous les caractères du *spina bifida*. Cette tumeur existait au moment de la naissance, et avait fait depuis beaucoup de progrès; elle était fluctuante et demi-transparente. La tête de l'enfant était très-volumineuse, de forme oblongue comme chez les hydrocéphales; les membres inférieurs insensibles et presque paralysés. Le Dr Evans plongea dans la tumeur huit aiguilles, qu'il avait préalablement fait chauffer; après quoi il appliqua, sur la tumeur, de la charpie imprégnée de teinture d'iode. Cette application fut répétée pendant sept jours, époque à laquelle la tumeur paraissait avoir diminué considérablement de volume. L'enfant eut, à la suite, un peu de fièvre. On lui donna un bain et de l'huile de ricin. Six jours après, nouvelle ponction, et application d'un bandage, imprégné de teinture d'iode comme la première fois. Ce bandage fut rendu compressif par une plaque de carton qui en formait la base. On le renouvela tous les quatre jours, ayant soin d'imprégner toujours la charpie de teinture d'iode. Après six semaines, la tumeur avait complétement disparu; seulement la peau était froncée au niveau de la tumeur. La tête avait beaucoup diminué de volume, et la santé générale était meilleure. Il y a aujourd'hui neuf mois que cette opération a été faite, et la tumeur n'a pas reparu. Le Dr Evans ne dit pas si la paralysie avait diminué ou disparu. (*British and american journal*, et *The Lancet*, octobre 1846.)

Trachéotomie (*Bronchocèle ; accès de suffocation qui ont nécessité la — ; guérison*); observation par M. J. Struthers. — Un jeune garçon de ferme, natif de Carlisle, s'aperçut, à l'âge de seize ans, que son cou commençait à enfler. Peu à peu le gonflement augmenta, et deux ans après ce gonflement était tel que ce jeune homme vint réclamer les soins du Dr Handyside, à l'infirmerie royale d'Édimbourg. A cette époque, 16 avril 1844, les deux lobes latéraux de la glande thyroïde, ainsi que le lobe moyen, étaient considérablement augmentés de volume. La tumeur était molle et pyriforme; sa base s'étendait inférieurement jusqu'à la clavicule, remplissant la fosse jugulaire, et son sommet s'étendait jusqu'au niveau du cartilage thyroïde. Elle était animée de battements qui lui étaient communiqués par les artères carotides au devant desquelles elle était placée, et en outre on y percevait un frémissement vibratoire. La voix était plus haute et plus aiguë qu'on ne l'observe chez des jeunes gens

de cet âge ; sous tous les autres rapports, sa santé était bonne. Depuis son entrée à l'infirmerie jusqu'au 9 mai, il fut soumis au traitement suivant : *teinture d'iode*, 10 *gouttes trois fois par jour; frictions sur la tumeur avec la pommade suivante : iodure de potassium et camphre de chaque* ℨss, *onguent mercuriel et onguent simple de chaque* ℥ss. A cette époque, les téguments qui recouvraient la tumeur étaient fort enflammés, et la tumeur elle-même avait beaucoup augmenté de volume. En même temps les gencives commençaient à s'affecter, les glandes salivaires étaient gonflées et douloureuses, et le malade salivait beaucoup ; la langue était rouge, la peau chaude et sèche, le pouls petit, l'anxiété considérable. Dans la soirée, il fut pris tout à coup d'un violent accès de suffocation qui dura quelques minutes, et dont il fut bientôt débarrassé par la position assise et l'inspiration d'un peu de fumée. Deux heures après, nouvel accès de dyspnée plus fort et plus prolongé que le premier. Le malade se plaignait d'une douleur et d'un sentiment de constriction vers la glotte. L'épiglotte paraissait droite et un peu tuméfiée, et l'expectoration ressemblait à du mucus épaissi. Malgré l'intensité de cet accès de suffocation, le malade se refusa à la trachéotomie. Dans la nuit du 10 au 11, il fut pris, à plusieurs reprises, de violents accès de suffocation ; le dernier fut si intense que force fut bien de pratiquer la trachéotomie, ce qui fut fait de la manière suivante : une incision de 2 pouces de long fut pratiquée dans le lieu ordinaire, en évitant l'isthme de la glande thyroïde, qui était considérablement hypertrophié. On reconnut alors que la trachée était profondément refoulée à gauche par une portion du lobe droit de la glande qui la recouvrait. Toutes les tentatives que l'on fit pour détacher cette portion de la glande du canal aérien furent sans résultat, par suite de la solidité et de l'étendue des adhérences. Alors on se décida à pénétrer dans la trachée à travers ce lobe de la glande. Aussitôt qu'on eut introduit la canule dans la trachée le soulagement fut immédiat, malgré une hémorrhagie veineuse très-abondante qui continua au moins pendant deux heures et qui donna lieu à une perte de sang de plus d'une livre. Le malade respirait facilement et entièrement par les narines et par la bouche; l'air ne passait à travers le tube que pendant les grandes inspirations, et l'occlusion de la canule ne donnait pas lieu à de la suffocation. Aussi le docteur Handyside la retira-t-il dans la journée. Le 12, la respiration était facile et naturelle, la langue sèche et brune, la bouche et la gorge aussi rouges et aussi sensibles que les jours précédents. Le lendemain, symptômes d'une

bronchite commençante; l'air ne pénétrait par la plaie que lorsqu'on enlevait les pièces du pansement. Pendant la durée de la bronchite, le malade rendait par la bouche et par l'ouverture de la trachée du mucus épais. Le 20, les symptômes de bronchite avaient entièrement disparu, et la plaie extérieure ne communiquait pas avec la trachée; la cicatrisation marchait rapidement. Le 1er juin, la cicatrisation était entière; le bronchocèle avait tellement diminué de volume, que l'on distinguait très-bien les muscles sterno-mastoïdiens et la trachée, ainsi que la dépression ordinaire connue sous le nom de *fosse jugulaire*. (*Lond. and Edinb. monthly journal*, janvier 1845.)

Lithotritie chez la femme (*Obs. de*); par le Dr J.-C. Warren et le Dr Henry Crawfort. — On considère généralement la lithotritie comme une opération des plus faciles à exécuter chez la femme; l'anatomie semble venir en aide à cette opinion. Cependant les auteurs précédents, qui ont eu occasion d'y recourir deux ou trois fois, y ont trouvé des difficultés et des dangers auxquels ils ne s'attendaient pas, et dont la principale est la sensibilité excessive de la vessie, que l'on ne peut calmer par aucun narcotique, de quelque manière qu'on en fasse usage. C'est dans le but de signaler aux opérateurs les embarras et les périls que peut susciter cette opération que les auteurs ont publié et que nous allons reproduire ici les observations suivantes:

Obs. I. — Une dame de 50 ans fit appeler l'auteur au mois de mai 1840. Trois ans auparavant, elle avait eu un violent accès de colique néphrétique, suivi de l'expulsion d'une concrétion calculeuse. Depuis cette époque, elle demeurait sujette à de semblables accès, que l'auteur combattit par le bicarbonate de potasse, puis par l'eau de Rabel. Elle éprouvait souvent des douleurs dans le côté droit du ventre, et vers la fin de l'automne de 1840, elle sentit, pendant ces accès de colique, que quelque chose descendait dans la vessie. Bientôt l'aggravation des douleurs et la brusque interruption de la miction firent penser à la présence d'une pierre dans la vessie: l'introduction d'une sonde leva tous les doutes. Avant de sonder la malade, l'auteur avait injecté de l'eau chaude dans la vessie. La malade garda l'eau pendant une heure, et, au moment où elle l'expulsait, elle sentit que le calcul s'engageait dans le canal. L'extraction de ce calcul présenta d'assez grandes difficultés: impossible de le saisir avec des pinces; ce fut avec une forte curette que l'auteur engagea derrière le calcul, et en lui donnant un point d'appui par le doigt introduit dans le vagin, que l'auteur

parvint, non sans difficulté, à l'extraire. Tout n'était pas fini : trois jours après, nouveaux symptômes de calcul. Les injections que l'on fit dans la vessie ne déterminèrent pas son engagement dans le canal. Il fallut donc recourir à une méthode opératoire. La malade se décida d'abord pour la dilatation de l'urèthre. La dilatation marcha bien pendant quelque temps, mais il fallut y renoncer à cause des douleurs. Une première tentative de lithotritie avait été faite quelques mois auparavant, mais sans succès, parce que la malade n'avait pas pris une position favorable pour l'accomplissement de cette opération. Cette fois elle fut pratiquée de la manière suivante: la malade fut placée sur une table de 3 pieds et demi de haut; puis, l'injection d'eau faite dans la vessie, l'opérateur introduisit le brise-pierre de Heurteloup, suivant la direction d'un angle de 50 degrés par rapport au tronc de la malade. Il rencontra la pierre au fond de la vessie, la saisit, et l'écrasa avec l'écrou. Il retira ensuite l'instrument, renfermant encore entre ses mors un fragment assez volumineux. Nouvelle séance deux jours après, et jusqu'au nombre de sept. Chaque fois la pierre était saisie sans difficulté, écrasée ; des fragments étaient extraits, et d'autres entraînés par l'urine. L'auteur employa successivement le brise-pierre de Heurteloup, le ramasseur de gravier de Civiale, et un brise-pierre plus court et plus facilement applicable chez la femme. A la huitième séance, il découvrit les derniers débris d'un calcul, mais si petit et si enveloppé dans les replis de la vessie, qu'il fut impossible de le saisir. Après beaucoup de tentatives infructueuses, il y renonça. Probablement ce calcul se sera échappé avec les urines ; car l'état de santé de cette dame a toujours été en s'améliorant, et quatre ans après, il n'y avait nulle trace de récidive. (*London med. gaz.*, décembre 1846.)

Obs. II. — Une femme de 46 ans, mère de treize enfants, entra à l'hôpital de Cantorbery le 24 octobre 1845. Sa figure exprimait de vives souffrances; la miction était très-difficile et très-douloureuse. Elle racontait qu'à certains instants, quelque chose de lourd se déplaçait dans la vessie et arrêtait le cours de l'urine, de sorte qu'elle passait les nuits au milieu d'efforts continuels et sans résultats pour évacuer l'urine. Ce liquide était alcalin, ammoniacal, et laissait déposer un sédiment muqueux abondant. L'introduction d'un cathéter fit reconnaître un calcul volumineux dans la vessie. Les souffrances de cette femme dataient au moins de dix ans; depuis cinq ans surtout elles avaient pris une grande intensité. Après avoir employé pendant quelques

jours des moyens destinés à diminuer l'irritabilité de la vessie, l'opérateur dilata graduellement le col vésical avec le dilatateur de Weis, et parvint à introduire le doigt dans la vessie, puis une pince à lithotomie; mais tel était l'écartement des branches de l'instrument que l'extraction était presque impossible. Il songea alors à pratiquer l'opération de Liston, qui consiste à couper, de chaque côté, les fibres du sphincter vésical, et à se servir ensuite du dilatateur pour ouvrir un passage suffisant à l'extraction de la pierre. Cependant, sur l'avis de ses collègues, il se décida à employer la lithotritie. La distension de la vessie fut imparfaite et très-douloureuse; cependant l'opération elle-même fut accomplie sans trop de douleur. La pierre fut brisée en plusieurs fragments, et les plus gros brisés à leur tour. Pendant plusieurs jours, la malade rendit un grand nombre de ces fragments, et l'amélioration, qui s'était montrée immédiatement après l'opération, se soutint. Encouragé par cette apparence favorable, M. Crawford fit encore trois jours de suite une séance de lithotritie, et dans ces séances l'injection de la vessie fut la seule chose douloureuse. Deux jours après, un fragment très-volumineux s'engagea à l'orifice interne de l'urèthre. M. Crawford chercha à le repousser dans la vessie; il n'y put réussir. Alors il se servit de la pince lithotome. L'emploi de ces instruments occasionna beaucoup de douleur. Trois jours après, la malade fut prise de vomissements et d'une douleur abdominale qui envahit bientôt tout le ventre. Elle succomba avec tous les symptômes d'une péritonite six jours après, le 15 novembre. A l'*autopsie*, on trouva de nombreuses et récentes fausses membranes à la surface de l'estomac et des intestins; les parois vésicales fortement épaissies, et la cavité de cet organe notablement rétrécie; la membrane muqueuse d'un rouge foncé. La vessie renfermait encore un fragment irrégulier, qui pesait 3 drachmes, mais point du tout de détritus. La membrane muqueuse n'était pas ulcérée, et rien n'annonçait qu'elle eût été intéressée dans les manœuvres opératoires auxquelles on avait eu recours. (*London med. gaz.*, novembre 1846.)

BULLETIN.

TRAVAUX ACADÉMIQUES. — VARIÉTÉS.

I. *Académie de médecine.*

Discussion sur la taille et la lithotritie.

En annonçant dans notre dernier bulletin la reprise de la discussion sur la taille et la lithotritie, nous disions que, à en juger par ce qui se passait sous nos yeux, les partisans de la taille et de la lithotritie paraissaient peu pressés d'en venir aux mains. La discussion s'est cependant engagée le mois dernier ; trois mortelles séances y ont été employées, et, nous pouvons le dire sans crainte d'être démentis, la question en est à peu près où elle en était le premier jour. On a beaucoup parlé, beaucoup produit de chiffres et de statistiques contradictoires ; on s'est prodigué à plaisir les personnalités et les insinuations ; mais la question pratique, la question vraiment utile, la question capitale a passé à peu près inaperçue et est restée jusqu'ici sans solution définitive.

Le but de cette discussion n'est pas facile à saisir : s'agit-il, ainsi que l'ont pensé la plupart des académiciens qui ont pris part à la discussion, d'établir un parallèle entre la taille et la lithotritie, de savoir quelle est de ces deux méthodes celle qui l'emporte sur l'autre? ou bien doit-on, sans rejeter ni l'une ni l'autre de ces opérations, s'efforcer de déterminer quel est le cercle d'application de chacune d'elles, quelle est celle qui doit être employée dans la généralité des cas, celle que l'on doit réserver pour les cas exceptionnels? Sans doute, la première question a quelque chose de large qui saisit et charme l'esprit. On serait heureux de posséder sur un point de thérapeutique chirurgicale aussi important des documents suffisants pour résoudre cette question dans toutes ses phases ; mais qui ne comprend que ce n'est pas quelques années après l'invention d'une nouvelle méthode opératoire, alors qu'elle a subi des améliorations incessantes, et lorsqu'on peut concevoir encore la possibilité de nouveaux et incontestables progrès, que l'on doit dresser le bilan de cette méthode et la comparer avec une opé-

ration qui a subi presque tous les perfectionnements dont elle est susceptible et fourni tout ce qu'on pouvait en attendre? Quoiqu'il en soit de ces réflexions qui nous ont été suggérées par la discussion qui a eu lieu à l'Académie, nous allons nous efforcer de donner à nos lecteurs une idée exacte des arguments qui ont été produits de part et d'autre.

M. Velpeau, qui a pris le premier la parole, a commencé par déclarer n'avoir jamais contesté, d'une manière absolue, l'utilité de la lithotritie. La seule question que j'ai posée, a-t-il dit, est de savoir jusqu'à quel point, dans quelles limites, la lithotritie a été utile à l'humanité. J'accorde que la lithotritie, dans les cas indiqués, est moins dangereuse que la taille; cependant, la chose n'est pas tout à fait démontrée : pour qu'elle le fût, il faudrait que chacune des deux opérations eût été pratiquée sur 1,000 calculeux, placés dans des conditions également favorables et que l'on eût comparé les résultats. Or, cet essai comparatif n'a pas été fait, et il ne peut même guère être fait aujourd'hui, lorsque la lithotritie s'empare de tous les cas qui seraient le plus favorables à la taille. Examinant les faits publiés par M. Civiale, M. Velpeau a été conduit à des résultats et à des conclusions bien différentes de celles annoncées par ce chirurgien. M. Civiale avait dit que les récidives sont plus fréquentes après l'opération de la taille qu'après la lithotritie; M. Velpeau trouve dans les chiffres de M. Civiale la réfutation de cette assertion. Ce chirurgien rapporte 54 cas de récidive sur 600 cas de lithotritie, et il n'en a trouvé que 42 sur 4,000 cas de taille. Il en est de même des catarrhes de la vessie, auxquels la lithotritie exposerait moins que la taille, d'après M. Civiale. Ce chirurgien ne met pas au nombre des insuccès les cas dans lesquels les tentatives d'exploration ont été suivies d'accidents graves et même mortels. Or, on ne peut séparer ainsi une opération de ses suites naturelles. Ce n'est sans doute pas de l'incision des parties molles que meurent les opérés de la taille, mais bien de l'infiltration urinaire, de l'inflammation de la vessie et des reins, etc. La lithotritie est dans le même cas. Ce n'est pas la manœuvre en elle-même qui rend cette opération périlleuse, mais bien les conditions organiques dans lesquelles on la pratique, mais bien les maladies incidentes qu'elle détermine. En résumé, a dit M. Velpeau, ce qui doit résulter de cette discussion, c'est qu'on ne sait pas encore dans quelles conditions, dans quelles limites la lithotritie est praticable; que l'on ignore dans quels cas la lithotritie est préférable à la taille; que les succès de la lithotritie ont été exagérés,

et que pratiquée dans les conditions où la taille est elle-même dangereuse, elle offre autant de chances fâcheuses que la taille elle-même.

A M. Velpeau a succédé M. Amussat. Pour ce chirurgien, les questions à résoudre ne sont pas aussi simples qu'on le croit généralement. Il ne s'agit pas, en effet, de savoir s'il meurt plus d'opérés de la taille que de la lithotritie, mais si, dans l'état actuel de la science, on peut faire indistinctement l'une ou l'autre de ces opérations. Quels sont les cas où l'on doit faire la taille? quels sont ceux où l'on doit faire la lithotritie? y a-t-il une méthode générale applicable à tous les calculeux? peut-on espérer de grands perfectionnements à la lithotritie? Telles sont les questions auxquelles il importe de répondre. Et d'abord, *peut-on faire à son gré la taille ou la lithotritie?* Certainement non : tout le monde en convient, le simple bon sens le dit, et les faits le proclament; il ne faut jamais faire la taille qu'au refus de la lithotritie. Chez les enfants, la lithotritie doit d'abord être essayée; il en est de même chez les adultes et chez les vieillards, à moins qu'il n'existe des contre-indications spéciales, telles qu'une affection grave de la vessie ou des désordres du côté de l'urèthre, auxquels il serait impossible de remédier, et qui mettraient un obstacle insurmontable à l'introduction des instruments. Après une tentative de broiement faite avec prudence, si le calcul est trop dur, il faut pratiquer la taille; mais, hors ce cas spécial, beaucoup plus rare qu'on ne le pense ordinairement, la lithotritie peut être faite avantageusement, même dans les cas de rétention d'urine, de paralysie de la vessie. Le catarrhe vésical ne contre-indique pas non plus, dans un grand nombre de cas, le broiement de la pierre. *Y a-t-il une méthode générale applicable à tous les calculeux?* Sans doute, ce serait la taille, si elle était exempte de danger, si elle ne pouvait être remplacée par une opération moins grave; mais depuis l'invention de la lithotritie, c'est cette opération qui doit être considérée comme la méthode générale, car elle est applicable au plus grand nombre des calculeux; les exceptions seules reviennent à la taille. En terminant, M. Amussat a déclaré que, selon lui, *la lithotritie*, bienqu'arrivée à un haut degré de perfection et de simplicité, *peut encore espérer de nouveaux perfectionnements*, peut-être la pulvérisation des calculs, peut-être encore leur dissolution; et que, dans l'état actuel des choses, l'éthérisation a déjà simplifié l'opération et en a diminué les suites fâcheuses.

M. Ségalas, qui a pris la parole après M. Amussat, a donné lecture

d'un travail assez complet et assez étendu, dans lequel il a abordé les questions les plus importantes du problème en discussion. La présence d'une pierre dans la vessie étant constatée, que convient-il de faire? Faut-il tailler? faut-il lithotritier? faut-il ajourner toute opération? Telle est la question capitale du débat engagé devant l'Académie, a dit M. Ségalas; toutes les autres questions ne sont qu'accessoires. Et d'abord, dans quelles conditions la lithotritie est-elle possible? Les conditions qui peuvent rendre la lithotritie impossible se rapportent à peu près exclusivement à la pierre, à la vessie, à l'urèthre et à la prostate. La *pierre* ne peut mettre obstacle à la lithotritie que de deux manières: par son très-grand *volume* ou par son extrême *dureté*. Le *nombre* de pierres, quelque élevé qu'il soit, ne saurait rendre la lithotritie impossible, par la raison que chacune d'elles est attaquée isolément, et que si elles sont dans des conditions favorables, toutes peuvent être détruites successivement. Relativement au *volume*, M. Ségalas dit avoir brisé des pierres ayant 25, 26 et même 27 lignes de diamètre. La *dureté* arrête rarement, et si les calculs d'*acide urique* résistent beaucoup, les pierres *phosphatiques* sont broyées sans peine, souvent par la pression seule, et les pierres d'*oxalate de chaux*, qui sembleraient devoir opposer beaucoup de résistance aux instruments, cèdent en général assez vite, alors surtout qu'on les attaque par la percussion. La *vessie* ne peut même guère mettre obstacle à la lithotritie que par des contractions trop vives et trop fréquentes, que par un resserrement tel qu'entre les parois et les corps étrangers il n'y ait pas de place libre pour les mors des lithotriteurs; encore si le calcul est petit ou peu résistant, peut-on le détruire malgré cette condition fâcheuse, car il suffit alors d'un instrument à bec très-court pour obtenir ce résultat. D'ailleurs, cette contracture exagérée de la vessie est le plus souvent un état passager, qui cède à une médication appropriée. Le *défaut d'action* de la vessie ne peut être, en aucune manière, un obstacle à la lithotritie; il en résulte seulement la nécessité d'extraire mécaniquement les détritus, qui, sans cette condition, seraient expulsés mécaniquement. Mais une disposition qui contrarie pour cette opération, et qui coïncide trop souvent avec la rétention d'urine, c'est l'existence de *lacunes* plus ou moins profondes dans les parois de la vessie. Le corps étranger peut être logé dans une de ces lacunes; il peut y être enkysté de manière à ne présenter dans l'intérieur de la vessie qu'une partie très-limitée de sa surface, et lorsque primitivement il ne s'y trouve pas, il peut y entrer avant ou pen-

dant l'opération, ou, si son volume s'oppose à cette introduction, ses fragments y entrent plus tard en nombre plus ou moins grand, et le chirurgien aura nécessairement plus ou moins de difficulté à les trouver, les saisir, les broyer et les extraire. Les *tumeurs* de la vessie obligent à des manœuvres délicates, à des recherches multipliées, mais empêchent rarement l'opération d'avoir son résultat. Les *inflammations* de cet organe, surtout avec *ulcération*, s'opposent au contraire à la lithotritie, parce qu'elles déterminent une forte contraction de ses parois, et rendent douloureux et intolérables le jeu, même le simple contact des instruments. L'*hypertrophie* et les *tumeurs de la prostate* peuvent gêner l'action des instruments, mais non l'empêcher. Les *rétrécissements de l'urèthre* ne sont un obstacle à la lithotritie que temporairement: il est rare qu'avec du temps et du soin, on ne finisse pas par pouvoir introduire dans la vessie les instruments lithotriteurs. Les *maladies des uretères*, des *bassinets*, des *calices*, des *reins*, l'*état général* du malade, le *sexe*, l'*âge*, ne constituent pas non plus d'obstacle réel à l'accomplissement *mécanique* de l'opération. Ainsi le volume de la pierre, quand il est très-grand; sa densité, quand elle est extrême; son enchatonnement, quand il a lieu très-étroitement et très-profondément; la rétraction de la vessie, quand elle a résisté à une médication méthodique: telles sont à peu près les seules conditions qui, d'après M. Ségalas, obligent à recourir à la taille. Mais de ce que la lithotritie est praticable, s'ensuit-il qu'il faille la pratiquer? Non, certes, ajoute-t-il: il y a loin de la possibilité mécanique d'une opération à sa convenance pratique. Parmi les cas où la lithotritie est possible, il en est plusieurs où la taille est préférable; il en est, au contraire, un très-grand nombre pour lesquels la lithotritie paraît positivement indiquée, et c'est à la distinction de ces indications et de ces contre-indications que M. Ségalas a consacré la seconde partie de son travail.

Considérées sous le rapport du *volume*, dit-il, les pierres peuvent se diviser en quatre classes: en *petites*, *moyennes*, *grosses* et *très-grosses*. M. Ségalas donne le nom de *petites* à celles qui ont moins de 6 lignes de diamètre, de *moyennes* à celles qui offrent de 10 à 15 lignes de diamètre, de *grosses* à celles qui en présentent de 15 à 20, et de *très-grosses* à toutes celles qui ont plus de 20 lignes de diamètre. Eh bien! toutes les *petites* pierres doivent, selon lui, être traitées par la lithotritie, quelle que soit d'ailleurs leur dureté, quelles que soient les conditions du malade et de l'appareil urinaire. Il en est de même des pierres *moyennes*, sauf certaines con-

ditions d'instabilité locale et de santé générale qui peuvent nécessiter l'extraction immédiate du corps étranger, comme, par exemple, une disposition apoplectique avec une cystite donnant lieu à des efforts d'excrétion violents et souvent répétés. Lorsqu'il s'agit de pierres *de 15 à 20 lignes de diamètre*, si elles sont friables, comme le sont en général les pierres de nouvelle formation, notamment les *phosphatiques*, nul doute que la lithotritie ne soit encore préférable à la taille, à moins de contre-indication venant de l'état des reins ou de la santé générale. Quant aux *très-grosses* pierres dont le diamètre dépasse 20 lignes, il y a une distinction à établir : celles de ces pierres qui sont *phosphatiques* peuvent, en général, être soumises au broiement sans grand danger, nonobstant le catarrhe de la vessie qui les accompagne ordinairement. Il n'en est pas tout à fait de même des pierres d'*acide urique* : celles-ci sont presque toujours très-dures quand elles ont acquis ce volume ; leur destruction exige un temps considérable, et leurs fragments anguleux produisent sur la membrane muqueuse de la vessie une irritation qui ne retentit que trop souvent dans les reins et dans les voies digestives. Les calculs d'*oxalate de chaux* ont rarement un aussi grand volume, et quand ils l'offrent, ils se laissent encore diviser sans trop de difficulté ; comme d'ailleurs ils se trouvent presque toujours chez des sujets jeunes, et qu'ils sont, en général, accompagnés de peu de complications, la lithotritie leur est appliquée ordinairement avec un plein succès. Si les pierres sont *petites*, leur *nombre*, quelque grand qu'il soit, ne doit pas arrêter le chirurgien dans l'application de la nouvelle méthode ; une ou plusieurs de ces pierres sont divisées et extraites à chaque séance, et, la séance terminée, le malade se trouve à peu près comme s'il avait été soumis à un simple cathétérisme. Si dans le nombre des pierres, il y en a d'un *volume moyen* ayant de 10 à 15 lignes de diamètre, la lithotritie demande plus d'attention et de soins, mais ne laisse pas d'être indiquée. Il est rare que les pierres soient tout à la fois *grosses* et *nombreuses* ; en général, les pierres ayant un diamètre de 15 à 20 lignes sont tout au plus au nombre de trois ou quatre. Leur broiement peut être tenté toutefois avec réserve, et continué seulement dans la supposition d'une tolérance bien constatée. Pour ce qui est des pierres *très-grosses*, de celles qui ont plus de 20 lignes de diamètre, elles sont presque toujours *uniques*. On conçoit, du reste, quelle influence fâcheuse la multiplicité des pierres très-grosses exercerait sur la lithotritie, le temps qu'elle nécessiterait pour cette opération, et la convenance qu'il y aurait à pratiquer

la taille. *L'inflammation de la membrane muqueuse de la vessie*, si elle est accompagnée de la contraction de cet organe, et qu'elle ait résisté à un traitement méthodique, est une contre-indication à la lithotritie. La contre-indication est encore plus positive, si les urines charrient habituellement du *pus* ou du *sang*, et si on a lieu de croire à une *ulcération* ou à une maladie organique de ce viscère. Toutefois, si la pierre était petite, et qu'elle fût très-friable, ce qui arrive souvent en pareil cas, on pourrait tenter la lithotritie en y apportant une grande réserve. La présence d'une *tumeur dans la vessie* est une complication fâcheuse quand il s'agit de pratiquer la lithotritie; mais si la tumeur est indolente et qu'elle ne contienne pas de sang en quantité notable, il est possible qu'elle se borne à gêner la manœuvre et qu'elle n'empêche point la guérison. Cependant, si les pierres sont nombreuses, volumineuses ou dures, mieux vaudrait procéder de suite à la taille. Le *défaut d'action de la vessie* ne contre-indique pas la lithotritie; cette complication de la pierre en rend la division plus facile et moins douloureuse. Quant à l'extraction des fragments et des détritus, l'art possède des moyens de l'opérer sûrement. Il n'en est pas ainsi des *lacunes de la vessie:* outre qu'elles gênent toujours dans la destruction des fragments, et nécessitent des recherches longtemps répétées pour s'assurer que tous les détritus sont extraits, il est possible que des pierres ou des fragments de pierre s'y logent de manière à se soustraire à l'action des instruments, et c'est encore là une circonstance où la taille serait presque toujours préférable à la lithotritie. *L'engorgement de la prostate* et les *tumeurs* de cet organe, les *rétrécissements de l'urèthre*, ne sauraient faire reculer devant la lithotritie, lors même qu'il y aurait rétention d'urine complète dans le premier cas, ou à moins que, dans le second, la dilatation se fît beaucoup attendre, et qu'il y eût nécessité absolue de retirer les pierres très-promptement. Les différentes maladies de la partie supérieure de l'appareil urinaire, notamment les inflammations des uretères, des bassinets, des calices, des reins, sont certainement une condition très-fâcheuse pour la lithotritie; mais, outre que ces maladies restent souvent cachées, et que la plupart du temps rien dans les conditions apparentes des calculeux n'en laisse souçonner l'existence, elles sont aussi presque toujours une contre-indication pour la taille. Quant à *l'état général* du malade et aux conditions dans lesquelles se trouvent les principaux appareils, l'une et l'autre opération peuvent y trouver des contre-indications formelles, mais la lithotritie moins que la taille. Ni le

sexe ni l'*âge* ne sont des contre-indications à la lithotritie. Cette opération est bien autrement facile et prompte chez la femme que chez l'homme, à cause de la longueur moindre et de la largeur plus grande de l'urèthre, et aussi à cause des conditions plus favorables qu'on peut donner aux instruments. M. Ségalas a soumis à la lithotritie tous les enfants calculeux qui se sont présentés à lui, au nombre de 26. Tous sont guéris, à l'exception d'un seul chez lequel le traitement a été suspendu à cause d'une carie de l'humérus, et qui a été opéré plus tard par M. Guersant fils. Cependant, il ne dissimule pas que chez plusieurs de ces enfants, la lithotritie a présenté beaucoup de difficultés, qu'il a fallu beaucoup de temps, de patience et de soins pour les mener à bonne fin, et cela surtout à cause de l'étroitesse de la partie antérieure de l'urèthre et de la dilatabilité comparativement très-grande de la partie profonde, d'où résultent souvent l'engagement et l'arrêt de gros fragments dans cette dernière partie du canal. Aussi la lithotritie, qui est impossible dans un certain nombre de cas, est possible, mais contre-indiquée dans un certain nombre d'autres. En réunissant ces deux séries de cas où la lithotritie est inapplicable dans le sens pratique, on a la part que tout chirurgien doit faire à la taille. Toutefois, il faut encore retrancher de ce nombre tous les cas où l'affection calculeuse est compliquée de manière à rendre la taille presque nécessairement mortelle (suppuration des reins, maladie de Bright très-avancée, etc.). En somme, ajoute en terminant M. Ségalas, dans l'état actuel de l'art, il y a un premier ordre de calculeux auxquels la lithotritie est appliquée avec avantage; un second ordre où la taille l'emporte sur elle, soit parce qu'elle offre plus de chances de succès, soit parce que seule elle est possible, et un troisième où toute opération doit être ajournée, parce que l'état de l'appareil urinaire et les conditions générales du malade ne permettent pas d'en espérer un bon résultat.

M. Blandin, qui a parlé dans la séance suivante, s'est livré d'abord à l'examen de quelques questions de détail soulevées par M. Civiale. Ce médecin avait dit que les opérations préliminaires de la lithotritie ne sont pas irritantes pour la vessie, et que les récidives sont moins fréquentes après la lithotritie qu'après la taille. Sur ces deux points, M. Blandin, d'accord avec M. Velpeau, est d'un avis diamétralement opposé à M. Civiale. Quelles sont les conditions qui favorisent les récidives de la pierre? On peut les réduire à trois: 1° la diathèse calculeuse, 2° l'irritation des voies urinaires, 3° la présence de quelques fragments de pierre laissés

dans la vessie. Pour la diathèse calculeuse, évidemment la lithotritie ne peut pas avoir plus que la taille la prétention de la détruire. L'irritation des voies urinaires, on n'en saurait douter, est plus fréquente et plus durable après la lithotritie qu'après la taille. Enfin, qui ne sait, qui ne peut sentir qu'il est plus facile et plus fréquent de laisser dans la vessie des fragments de calcul après la lithotritie, qui n'a à son secours que des instruments pour faire des recherches, que la taille, qui dispense du meilleur de tous les instruments, du doigt? Arrivant à la question générale, M. Blandin pense que pour résoudre la question des avantages comparatifs de la taille et de la lithotritie, il faudrait posséder des faits comparables; car les faits contemporains de taille ne sont pas comparables avec ceux d'autrefois. Entre les calculeux, on choisit aujourd'hui pour la lithotritie ceux qui portent des calculs simples, dont la vessie n'est pas irritée et les reins sont en bon état. A la lithotomie, on donne les autres cas; de plus, lorsqu'après avoir commencé la lithotritie, on y renonce en présence des accidents, on a recours à la taille. Cette question est donc insoluble. En résumé, guérit-on aujourd'hui plus de calculeux qu'autrefois? On n'en sait rien. Parviendrait-on à démontrer que la lithotritie est plus favorable que la taille, on n'en pourrait pas conclure que la somme des guérisons est plus forte aujourd'hui qu'autrefois. Cette question a donc besoin d'être étudiée d'une autre manière qu'on l'a fait jusqu'ici, si l'on veut arriver à des résultats plus précis.

Le discours prononcé par M. Malgaigne dans la même séance a été un des plus remarquables et des plus religieusement écoutés qu'ait produits cette discussion. M. Malgaigne a commencé par déclarer que, pour lui, cette question était une des plus graves de la chirurgie : «Envisagée de la manière la plus générale, a-t-il dit, je la crois résolue par la conscience publique; oui, la lithotritie a une supériorité réelle sur la taille. Grâce à Dieu, je n'ai pas la pierre; mais, je le déclare ici, sain de corps et d'esprit, si ce malheur m'arrivait, je me ferais lithotritier.» Après cet exorde, qui avait pour but principal de déblayer le terrain des récriminations mutuelles des partisans de la taille et de la lithotritie, M. Malgaigne, laissant de côté la question de savoir quand convient la taille et quand convient la lithotritie, question insoluble, selon lui, dans une académie, a abordé la seule question que l'on peut résoudre, c'est-à-dire quelle est la valeur de la lithotritie? Cette question ne peut emprunter de solution qu'à la statistique; mais plus la question est importante,

plus il importe aussi de ne pas chercher à la résoudre avec des faits équivoques, avec des statistiques *menteuses*. Passant en revue et la statistique de Morand à la Charité, et celle de Saucerotte à Lunéville, et celles publiées en Angleterre, M. Malgaigne prouve qu'il n'y en a pas une seule qui mérite la moindre confiance. Il en excepte toutefois, d'abord, une statistique dressée par l'administration des hôpitaux; ensuite la statistique des 29 dernières observations de Souberbielle, enfin celle que Dupuytren a consignée dans son mémoire sur la taille transversale. Or, il résulte de la statistique des hôpitaux de Paris, depuis 1836 jusqu'à 1842 inclusivement, qu'on a pratiqué 75 opérations de taille, dont 6 de deux à cinq ans (3 morts et 3 guérisons), 28 de cinq à quinze ans (4 morts, 24 guérisons), 26 de quinze à cinquante (9 morts, 17 guérisons), 15 de cinquante à quatre-vingts (12 morts, 3 guérisons). Souberbielle a taillé, de son côté, 39 individus, dont 11 sont morts et 28 ont guéri. Enfin, sur les 89 opérations pratiquées par Dupuytren, dans l'hôpital et en ville, sur des malades dont le plus grand nombre n'avait pas atteint l'âge de quatorze ans, il y a eu 19 morts et 70 guérisons. Autrement dit, la statistique des hôpitaux donne 1 mort sur 2,68; celle de Souberbielle, 1 mort sur 3,64; celle de Dupuytren, 1 mort sur 4,68. En réunissant toutes ces statistiques, on trouve 1 mort sur 3,63 taillés, c'est-à dire *un peu plus de* 1 *sur* 4.

Quels sont maintenant les résultats fournis par la lithotritie? M. Civiale avait annoncé que dans le service des calculeux dont il est chargé à l'hôpital Necker, il avait perdu 1 malade sur 16 opérés (ce qui est un peu loin de 98 sur 100, proportion proclamée aujourd'hui par ce médecin), et sur ses opérations en général 1 malade sur 42 opérés. M. Malgaigne, en dépouillant les documents publiés par M. Civiale dans la première édition de son *Traité sur la lithotritie*, a trouvé que les malades de M. Civiale soumis à la lithotritie étaient, non au nombre de 43, dont 42 guéris et 1 mort; mais bien au nombre de 54, savoir : 49 traités par la lithotritie, dont 5 morts, et 5 taillés, dont 2 morts. C'est que M. Civiale ne fait entrer, en effet, dans le nombre des opérés, que ceux chez lesquels il a pratiqué une opération *complète*. Or, comme avant de se décider à pratiquer cette opération, on est obligé de faire diverses explorations pour préciser d'une manière rigoureuse le diagnostic, ou même qu'on est parfois obligé de renoncer à l'opération après une ou plusieurs séances, M. Malgaigne, d'accord avec MM. Velpeau, Blandin, etc., n'hésite pas à mettre

sur le compte de la lithotritie tous les accidents, mortels ou non, qui peuvent se développer à la suite de ces explorations ou de ces commencements d'opérations. Il en résulte que, au lieu d'une mortalité de 1 sur 43, annoncée par M. Civiale, on arrive à une moyenne de 1 mort sur 8 environ. Tels sont les résultats fournis par la taille et par la lithotritie dans les hôpitaux; ils sont loin d'être aussi défavorables dans la pratique civile. La taille dans les hôpitaux de Paris donne en moyenne 2 morts sur 5 opérations, tandis que la même opération dans la pratique particulière ne donne que 1 mort sur 5. Cette différence, il faut l'attribuer tout entière aux mauvaises conditions dans lesquelles se trouvent les opérés dans les hôpitaux; car la même disproportion existe entre la pratique civile et la pratique des hôpitaux pour toutes les opérations. Il en est de la lithotritie comme de la taille. Il est donc infiniment probable que la mortalité est moitié moindre en faveur de la lithotritie; mais il faut cependant le reconnaître, dans l'état actuel de la science, il est impossible de donner une solution que l'on puisse considérer comme l'expression exacte des faits, tant les documents et les statistiques que l'on possède laissent encore à désirer.

La séance du 28 a été absorbée par un discours de M. Civiale; ce discours n'a pas duré moins de deux heures, et il ne comprend encore que la moitié des réfutations que l'auteur a cru devoir adresser aux objections qui lui ont été faites par les orateurs qui l'ont précédé. Nous attendrons, pour en parler, que l'Académie en ait entendu la lecture complète.

II. *Académie des sciences.*

Traitement de la fièvre typhoïde par le sulfure noir et par le protochlorure de mercure. — Nouvel appareil pour la fracture de la clavicule. — Traitement de l'épilepsie. — Moyen de combattre ou de prévenir la résorption purulente. — Nouveau speculum de l'oreille.

Les communications médico-chirurgicales ont été peu nombreuses à l'Académie des sciences, le mois dernier, et pour la plupart peu intéressantes.

1° M. Serres a donné lecture à l'Académie d'une nouvelle communication sur le *traitement de la fièvre typhoïde par le sulfure noir de mercure.* L'honorable professeur pose d'abord en principe que, pour juger une méthode curative, c'est à l'épreuve des maladies intercurrentes qu'il faut la soumettre. C'est aussi à cette

épreuve qu'il a soumis la méthode de traitement de la fièvre typhoïde par le sulfure noir de mercure; afin même de la rendre plus concluante, il a choisi une des intercurrences les plus graves, celle de la variole avec la fièvre typhoïde. Il résulte des observations et des recherches auxquelles il s'est livré sur les cas d'intercurrence de variole confluente, que l'on peut, dans le traitement, isoler l'action des moyens curatifs, en observant sur quel groupe de phénomènes porte plus particulièrement leur effet; de même que dans le diagnostic, on isole les deux groupes de phénomènes dont se compose l'intercurrence de la variole typhoïde confluente. Suivant M. Serres, la fièvre typhoïde est, dans le plus grand nombre des cas, la source principale de la gravité de la variole confluente, chez les sujets vaccinés ou non, soit directement, soit indirectement, par l'influence délétère que la marche de l'éruption intestinale exerce sur l'éruption varioleuse. L'observation attentive des effets de l'administration du sulfure noir de mercure, chez les malades affectés de variole typhoïde, l'a conduit à penser que, à mesure que les symptômes typhoïdes s'amendent sous l'influence du sulfure noir, à mesure aussi les phénomènes graves de la variole s'affaiblissent, effet qu'il n'avait pas obtenu par les autres purgatifs. Il est résulté de cette application du traitement de la fièvre typhoïde, que des varioles confluentes dont ce médecin ne pouvait arrêter l'issue funeste par les autres méthodes curatives ont eu, sous l'influence de celle-ci, une terminaison heureuse.

2° M. Lafont-Gouzi, professeur à l'École préparatoire de médecine de Toulouse, a adressé une lettre au sujet des communications récentes de M. Serres sur la thérapeutique de la fièvre typhoïde. L'auteur rappelle que dès 1809 il avait émis, sur la nature de cette maladie, des idées analogues à celles présentées par M. Serres dans ces derniers temps. Relativement au traitement, M. Lafont établit que le *mercure doux*, administré de bonne heure, à la dose de 6 grains par jour, diminue sensiblement la fièvre, prévient les symptômes graves, hâte le rétablissement des malades, qui entrent en convalescence à la fin du deuxième septénaire, ou au plus tard au commencement du troisième. Sur soixante-seize malades attaqués du typhus régnant, qui prirent du mercure doux, avant le sixième jour de l'invasion, aucun ne succomba; tandis qu'il en murut 1 sur 4, 6 ou 8, selon les circonstances dépendantes des évacuations des malades, de leurs souffrances physiques et morales, etc. M. Lafont dit avoir été conduit à ce plan de traitement

par l'enchaînement des faits, surtout par la considération de la contagion, de l'inoculation de la cause épidémique.

3° M. Guillon a fait connaître un nouvel *appareil pour la fracture de la clavicule*. Cet appareil est composé de cinq pièces : 1° une écharpe faite avec un mouchoir d'une longueur convenable; 2° un lacs fait avec une cravate, dont le plus long bord est plié sur le milieu; 3° un bandage de corps fait avec une serviette; 4° un coussin carré, dans le genre de celui conseillé par Hippocrate, et plus épais au milieu que sur les bords; 5° un coussin axillaire, à la base duquel on fixe de chaque côté un bout de bande d'un demi-mètre de longueur. Voici dans quel ordre on procède à l'application de ces diverses pièces d'appareil : on passe l'écharpe sous le coude et l'avant-bras demi-fléchi; puis, après avoir ramené les deux chefs de l'écharpe derrière le cou, en en faisant passer un sur chaque épaule, on soulève le bras et l'avant-bras, à l'aide de cette écharpe, jusqu'à ce que le fragment externe de la clavicule soit à la hauteur du fragment interne ; on fixe ensuite par un nœud les deux chefs ensemble. On place l'extrémité du tiers moyen du lacs dorsal, formé avec une cravate, entre le bras et le tronc; on ramène le tiers externe du lacs de dedans en dehors et d'avant en arrière en contournant l'extrémité supérieure de l'humérus, et on fixe son extrémité avec une épingle au milieu du lacs. On passe l'autre extrémité de cette espèce de cravate sous l'aisselle du côté sain, on la tire fortement en lui faisant contourner l'épaule, puis on l'attache au milieu de la cravate avec deux autres épingles. Le coussin axillaire, placé sous l'aisselle, y est fixé au moyen de deux bouts de bande, noués ensemble sur l'épaule saine, en passant l'un devant, l'autre derrière la poitrine. Les deux bords de l'écharpe cousus ensemble, de manière à ce que le coude ne puisse sortir, l'humérus est transformé en un levier du premier genre, prenant son point d'appui sur le coussin axillaire. On fixe le coude et l'avant-bras sur le côté de la poitrine, à l'aide du bandage de corps : l'application de ce bandage rend immédiatement à la clavicule sa longueur naturelle. Pour reporter en arrière le fragment externe, et l'y maintenir solidement, en même temps que pour rendre à la clavicule sa rectitude normale, on place le coussin dorsal entre les deux épaules, et le lacs qui s'étend de l'extrémité supérieure de l'humérus à l'épaule du côté opposé. On fixe le lacs solidement, avec des épingles, sur le milieu du coussin carré. Enfin, le bandage de corps est attaché au bas de ce coussin, et les deux

chefs de l'écharpe le sont en haut, afin d'éviter un nœud qui pourrait comprimer douloureusement la partie postérieure du cou. M. Guillon annonce qu'il a déjà fait neuf fois l'application de cet appareil, et qu'il a toujours obtenu une guérison parfaite et sans difformité.

4° Sous le titre de *Nouvelles vues thérapeutiques contre l'épilepsie*, M. Plouviez, de Lille, a envoyé un travail dans lequel il considère cette affection comme une *aberration permanente du mode de sensibilité de la masse encéphalique*, et propose pour traitement : 1° des agents dont l'effet est de modifier le système nerveux cérébral. Ainsi des pilules, composées d'extrait de belladone, de digitale en poudre et d'indigo, dont il commence l'usage trois ou quatre jours avant l'attaque, et dont il augmente successivement la dose jusqu'à ce qu'il y ait un peu d'ivresse ou de somnolence. Alors il s'arrête, et cesse tout remède, deux ou trois jours après l'époque passée des attaques, pour les reprendre à l'époque d'un autre accès. Il continue de cette manière pendant une année et plus, lorsque le malade va bien. Suivant M. Plouviez, on ne doit jamais se décourager pour une ou deux rechutes, lorsqu'on a déjà obtenu une amélioration sensible, et en persévérant on finit tôt ou tard par triompher du mal. 2° Des bains froids et la ventouse Junod. Il fait prendre les bains froids à la température d'abord de 17° à 18°, pendant trois ou quatre minutes, puis il l'abaisse tous les jours insensiblement jusqu'à 8°, suivant la susceptibilité des malades, en évitant toutefois de produire de violentes secousses, et en ayant soin d'envelopper les malades sortant du bain dans des couvertures, pour exciter des transpirations de plusieurs heures. Quant à la ventouse Junod, il la laisse ordinairement de vingt-cinq à trente minutes. Il n'administre pas simultanément ces trois moyens : tantôt il ordonne les pilules avec les bains froids, tantôt il les associe avec la ventouse Junod, mais toujours trois ou quatre jours avant l'attaque. 3° Des moyens auxiliaires : saignées, sangsues, révulsifs, etc., mais qui sont loin d'être indispensables dans tous les cas.

5° M. Gouyon a proposé, comme *moyen de combattre ou de prévenir la résorption purulente sur les plaies*, l'emploi de la dissolution de nitrate d'argent cristallisé. Partant de ce résultat que l'application d'une solution de nitrate d'argent (3 grammes de nitrate pour 30 grammes d'eau distillée) provoque, en moins de trois jours, une inflammation très-franche, le développement de bourgeons charnus de bonne nature, et la sécrétion d'un pus bien lié, l'auteur, dans

les cas de résorption purulente, essuie la surface de la plaie avec des linges fins, et la badigeonne avec un pinceau trempé dans cette dissolution; après trois ou quatre de ces cautérisations, la plaie se cicatrise rapidement... Mais que devient la résorption purulente? l'auteur a oublié de nous le dire.

6° M. Blanchet a adressé un *speculum pour les oreilles*, dont les deux valves, longues de 3 centimètres, se moulent parfaitement sur les courbures du conduit auditif externe. Cet instrument présente, dans ses deux centimètres internes, un diamètre assez petit pour pouvoir être introduit chez les individus en bas âge; il offre dans le reste de son étendue, à son orifice externe, et à son bord supérieur, qui est renversé en dehors, une dilatation considérable. Cet évasement permet avec facilité l'introduction de rayons lumineux jusqu'au fond du conduit auditif, et la forme de ces valves est telle que son orifice interne, lorsque l'instrument est en place, correspond à la membrane du tympan. En l'absence de la lumière solaire, un petit éclairage mobile, avec miroir réflecteur, s'adapte à volonté à l'instrument et projette une vive lumière sur les parties qu'on explore. — Le même médecin a adressé en outre un instrument destiné au *cathéterisme* et à la *cautérisation de la trompe d'Eustache*. Il se compose: 1° d'une sonde en argent, graduée sur ses deux faces, afin que l'opérateur puisse suivre des yeux tous les degrés d'introduction et en mesurer la profondeur; 2° d'une autre sonde, qui présente 6 centimètres en longueur de plus que la première, dans l'intérieur de laquelle elle s'introduit. Cette sonde, dont la moitié externe est en argent, est graduée dans le reste de son étendue; elle est formée d'un tissu en gomme excessivement mince, et offre un diamètre très-petit, en rapport avec la trompe d'Eustache, qu'elle doit parcourir. Un porte-caustique, de 3 centimètres plus long que la première sonde, au travers de laquelle il est introduit, sert à pratiquer la cautérisation de la trompe d'Eustache. En se servant ainsi de la première sonde en argent, qui est inflexible, pour guider le porte-caustique et la sonde en gomme, ces instruments ne peuvent dévier ou s'introduire dans une voie autre que la trompe d'Eustaehe.

III. *Variétés.*

Notice sur M. Pariset.

Nous avons annoncé dans notre avant-dernier numéro la mort si regrettable de M. Pariset, et nous nous sommes engagés à donner quelques renseignements sur cet homme célèbre. M. Pariset a joué un rôle trop brillant, a occupé une place trop élevée dans le monde médical, pour que nous ne devions pas consacrer à sa mémoire quelques pages de notre journal. Les qualités presque entièrement littéraires qui feront vivre son nom nous seront une excuse si nous ne traçons ici qu'une rapide et sommaire appréciation de sa vie et de ses travaux.

Étienne Pariset était né en 1770 à Grand, petit village de l'ancienne Champagne, aujourd'hui dans le département des Vosges. A l'âge de 16 ans, ses parents, de condition humble et peu fortunée, l'envoyèrent à Nantes chez un oncle, où il fut occupé aux travaux manuels d'une parfumerie. Deux ans après, en 1790, il entrait au collége de l'Oratoire de la même ville, et par les heureuses dispositions de son esprit il répara promptement les torts d'une éducation irrégulière et tardive. On était au milieu de la tourmente révolutionnaire. Pariset fut appelé en 1792 sous les drapeaux républicains, et envoyé d'abord à la frontière, puis en Vendée. Rendu peu de temps après à la liberté, et de retour à Nantes, il y commença l'étude de la médecine. Bientôt, à la suite d'un examen public, il obtint une place d'élève à l'École de santé de Paris, qui venait d'être fondée. Il y continua ses études médicales et y remplit même les fonctions d'aide-bibliothécaire. C'est à cette époque que, réduit à un extrême dénuement, il fut sauvé du désespoir et de la terrible extrémité à laquelle il était sur le point d'être amené, par une heureuse intervention qui lui procura une place de précepteur dans une maison opulente. M. Pariset y resta huit années, et se retira avec une modeste pension. Il avait, dans ses moments de loisir, poursuivi l'étude de la médecine, et ce fut en 1805, à l'âge de 35 ans seulement, qu'il acquit le grade du doctorat. La dissertation qu'il présenta à cette occasion (*Sur les hémorrhagies utérines*; Paris, an XIII, in-4°) ne contient rien de neuf : ce n'est qu'un résumé de la science sur ce sujet, d'après les auteurs les plus renommés et dans les opinions de l'époque ; mais elle témoigne de la régularité et de l'étendue de ses études classiques, et décèle une rectitude d'esprit et une tempérance d'imagination qu'il n'a pas toujours montrées depuis dans les matières scientifiques.

Une fois lancé dans la carrière médicale, M. Pariset ne tarda pas à s'y faire distinguer sous le rapport littéraire. Il écrivit dans les journaux de médecine et dans plusieurs journaux politiques; il publia sous un petit format des éditions de Celse (1) et de plusieurs traités d'Hippocrate (2), et plus tard la traduction des Aphorismes, des Pronostics et prorrhétiques (3), qui eurent le mérite de propager l'étude de ces anciens auteurs.

Mais ce qui étendit surtout la réputation de M. Pariset dans le monde, ce fut les cours de physiologie et d'idéologie qu'il fit à l'Athénée, et plus tard à la Société des bonnes lettres. Nul plus que lui n'était propre à cet enseignement superficiel. Donner à des personnes peu ou point du tout préparées par leur éducation scientifique quelque idée de ces sciences sévères, les intéresser assez pour leur faire croire qu'elles les entendent ou sont capables de les entendre: c'est ce que faisait admirablement M. Pariset. Pour cela, il avait deux mérites particuliers: le premier, c'était de se mettre d'autant mieux à la portée de ses auditeurs, qu'il n'avait peut-être pas de principes scientifiques plus sévères et plus profonds qu'eux; le second, c'était celui d'une élocution extraordinairement facile, qui se prêtait merveilleusement à toutes les allures de son esprit mobile, à toutes les divagations de sa vive imagination. Si l'orateur laissait désirer plus de dignité, de science, de logique, on le suivait toujours avec plaisir, tant sa parole était alerte, naturelle, éloignée de tout pédantisme. Ces qualités et ces défauts, on les retrouvera dans les éloges académiques qu'il doit composer plus tard, mais les unes épurées, les autres amoindris par la méditation et le travail.

---

(1) *A. Corn. Celsi de medicina libri octo.* Parisiis, 1808; in-32, 2 vol. Le texte et les divisions sont pris de l'édition de Vallart, avec peu changements.

(2) *De morbis vulgaribus, lib. primus et tertius integri, cum selectis ex secundo, quarto, quinto et septimo, morborum historiis, quibus subnectuntur libri de humoribus, de natura hominis, de ratione victus in acutis*; edit. nov. Paris., 1812; in-32.

(3) *Hipp. Coacæ prænotiones, prædicta et præceptiones;* nov. ed. Paris., 1811; in-32.

Aphorismes d'Hippocrate, latin-français; trad. nouv. Paris, 1816; in-32. *Ibid.*, 1817; *ibid.*, 3e édit., 1830.

Pronostics et prorrhétiques d'Hippocrate, latin-français; trad. nouv. Paris, 1817; in-32. *Ibid.*, 2e éd., 1830, in-32.

M. Pariset avait été nommé membre du conseil de salubrité de Paris, médecin des épidémies de l'arrondissement de Sceaux, et en 1814 médecin de l'hospice de Bicêtre. Le gouvernement de la Restauration, installé sur les ruines de l'Empire, versa sur lui plus de faveurs encore. Nommé membre du conseil général des prisons en 1818, il fut envoyé en 1819 à Cadix, puis en 1821 à Barcelone, avec les Drs Bally, François et Mazet, pour observer la fièvre jaune qui sévissait en Espagne. Ces voyages donnèrent lieu à deux ouvrages composés sous la raison commanditaire des commissions, mais où l'on reconnaît la main seule de M. Pariset (1). Pour qui voudra chercher des documents utiles sur la fièvre jaune, ce n'est certainement pas à ces ouvrages qu'il devra s'adresser, et ce serait une leçon pour les gouvernements, s'ils étaient en mesure d'en profiter, que le bruit de ces commissions si peu en rapport avec les résultats. On se souvient encore du retentissement qu'eut dans le temps la mission des médecins français envoyés à Barcelone. Toute la France applaudit à leur noble dévouement. La poésie célébra leur héroïsme; les récompenses nationales payèrent leurs travaux. Nous ne voudrions pas, par un injuste dénigrement, rien ôter à leur gloire, ni méconnaître leurs périls : la mort de l'infortuné Mazet serait là pour nous donner un funeste démenti. Mais qu'il nous soit permis, dans l'intérêt de l'histoire et de la vérité, de montrer la nullité de ces commissions lorsqu'elles sont formées par une autorité non compétente, et de dire que M. Pariset, qui en fut le chef et l'âme, était peut-être de tous les médecins français le dernier qui dût être appelé à un pareil rôle. Homme de cabinet et de tribune académique mondaine, peu propre à l'observation clinique, connu pour son horreur des investigations cadavériques, était-ce bien sur le sérieux théâtre d'une épidémie qu'était sa place? Aussi c'est d'une retraite qu'il s'était faite au foyer même de la maladie, qu'il dirigeait et recueillait les travaux de ses collègues. Heureux si, comme l'aveugle Hubert, il eût avec l'intelligence conduit les recherches et apprécié les résultats ! Nous avons dit ce qui en survint ; on peut voir dans les rapports de Coutanceau à

---

(1) *Observations sur la fièvre jaune, faites à Cadix en* 1819 ; Paris, 1820, in-4°, pl. col. (en collaboration avec Mazet, que Pariset s'était associé dans ce premier voyage). — *Histoire médicale de la fièvre jaune observée en Espagne, et particulièrement en Catalogne, dans l'année* 1821 ; Paris, 1823, in-8° (avec MM. Bally et François).

l'Académie de médecine, et de Dupuytren à l'Académie des sciences, ce que pesèrent les travaux de M. Pariset et des commissions dont il fut le secrétaire, lors des discussions contradictoires suscitées par Chervin sur la fièvre jaune. Il en fut de même quand plus tard, dans une discussion toute récente et qui a dû affliger les derniers jours de M. Pariset, il fut question de l'origine et du caractère contagieux de la peste qu'il était allé observer en Égypte en 1830 (1). Mais revenons sur les fonctions et les travaux qui ont rendu principalement célèbre le nom de M. Pariset dans la dernière moitié de sa carrière.

L'Académie royale de médecine avait été fondée en 1823; M. Pariset en fut nommé secrétaire perpétuel. Quoique chargé, en quelque sorte, des destinées du nouveau corps savant, il y aurait sans doute injustice à le rendre entièrement responsable des déceptions de l'attente publique; on doit faire la part du temps, des circonstances dans lesquelles l'Académie fut fondée, et des vices primitifs de son institution. Mais il faut avouer que M. Pariset était peu propre à parer à toutes ces difficultés. Par son talent exclusivement littéraire, par son caractère facile et léger, moins que tout autre il pouvait conduire dans la voie sévère de la science une société qui, avant tout, avait besoin d'une forte direction. Sous ce rapport, il manqua complétement à sa mission; il ne sut pas imprimer aux travaux de l'Académie l'impulsion qu'elle attendait. Toutes ses fonctions se concentrèrent dans la composition des éloges des académiciens; mais dans cette partie il montra un véritable talent et jeta un très-vif éclat sur l'Académie. Comme l'a dit sur sa tombe un de ses collègues bien digne de l'apprécier, M. Réveillé-Parise, il était né pour ce genre d'éloquence; il en avait le goût, le génie, la spontanéité. Non qu'on doive s'attendre à trouver la finesse judicieuse de Fontenelle, ou la raison supérieure de d'Alembert, de Condorcet, de Vicq d'Azyr ou de Cuvier : le sens scientifique manqua trop complétement à M. Pariset. Mais il avait tout ce qui peut suppléer, s'il est possible, cette essentielle qualité. S'il n'éclaire pas ses tableaux d'une lumière qui lui soit propre, il les anime de traits si vifs, si rapides, si ingénieux; ses idées, ou communes ou peu exactes, ses appréciations, ou superficielles ou contestables, il les produit

---

(1) *Mémoire sur les causes de la peste et les moyens de la détruire*; Paris, 1837, in-8°.

avec un tel bonheur, une telle variété, une telle vivacité d'expressions; les détails, il les prodigue avec tant d'aisance et de goût, qu'il plaît, intéresse continuellement. Il a, en un genre plus élevé, quelque chose de la grâce et de la prestesse de Sévigné. Dans son style est tout son mérite, toute son originalité; sous ce rapport, il ne cède à aucun de ses rivaux, s'il ne leur est supérieur (1).

Nous n'aurions pas fait connaître entièrement M. Pariset si nous ne disions tout ce que ses mœurs avaient de facile, son caractère d'enjouement et de bienveillance. Le défaut de tenue et de dignité, on le lui pardonnait en faveur de cette vivacité continue, de cette bonhomie inconséquente et étourdie, qui le livraient à toutes les impressions. Ces qualités de son caractère et de son esprit se reflètent dans le style de ses éloges, comme elles se reflétaient dans sa conversation piquante.

Outre les ouvrages que nous avons indiqués, M. Pariset avait publié une nouvelle édition, avec quelques notes, des *Rapports du physique et du moral*, de Cabanis (Paris, 1824; in-8°, 2 vol.); les OEuvres de Legallois (ibid., 1834; in-8°, 2 vol.). Il a inséré un grand nombre d'articles dans divers recueils, notamment dans le *Bulletin de la Société philomatique*, le *Moniteur*, le *Journal de l'Empire* et *des Débats*, le *Journal de France*, la *Bibliothèque médicale*, le *Journal universel des sciences médicales*, dans le *Dictionnaire des sciences médicales* (particulièrement les articles *Archée*, *Cardialgie*, *Cause*, *Céphalalgie*, *Colique*, *Force*); dans la *Biographie universelle* de Michaud (art. *Démocrite*).

R.-D.

---

(1) Ces éloges sont insérés dans les divers volumes des *Mémoires de l'Académie royale de médecine;* ils ont été, moins quelques-uns, ceux composés et lus en dernier, recueillis et publiés sous ce titre : *Histoire des membres de l'Académie royale de médecine, ou Recueil des éloges lus dans les séances publiques de l'Académie royale de médecine*. Paris, 1845; in-18, 2 vol. Chez J.-B. Bailliere.

BIBLIOGRAPHIE.

Compendium de médecine pratique, ou Exposé analytique et raisonné des travaux contenus dans les principaux traités de pathologie interne, ouvrage complet; par MM. De la Berge, Monneret et Fleury. Paris, chez Béchet.

Il y a déjà quelque temps que cet ouvrage de longue haleine, dont nous avons rendu un compte partiel à l'apparition de toutes les livraisons, est entièrement terminé. Les dernières livraisons sont à peu près les seules dont nous n'ayons pas parlé, parce qu'ayant fait connaître suffisamment les détails de l'ouvrage dans nos précédents articles, nous avons pensé qu'il n'y avait plus qu'à jeter un coup d'œil général sur son ensemble. Nous nous contenterons, par conséquent, de dire que les articles contenus dans les derniers cahiers ont une grande importance, et, pour qu'on puisse en juger facilement, il suffit d'en citer quelques-uns, tels que ceux qui sont consacrés aux *maladies de l'utérus*, à la *syphilis*, à la *fièvre typhoïde*, au *typhus*, etc.

Si, maintenant, nous cherchons à apprécier la valeur de l'ouvrage et à juger son esprit, nous ne pouvons pas d'abord cacher que nous éprouvons un certain embarras, parce que bien que nous ayons suivi avec intérêt, et pour ainsi dire pas à pas, cette vaste publication, il est nécessairement une multitude de points importants qui échappent à nos regards, et qui toutefois doivent être d'un très-grand poids dans la balance. Cependant, en ayant soin de dire que nos observations ne portent que sur la généralité des articles, et en faisant toutes nos réserves pour quelques-uns en particulier, nous nous sentons plus à notre aise. Il est certain que nous ne pourrons faire aucune remarque qui ne soit contestable à propos de tel ou tel article pris isolément; mais il nous suffit que nos observations soient justes pour le plus grand nombre.

Lorsque M. Monneret entreprit cette publication avec notre regrettable collaborateur De la Berge, elle ne devait pas avoir, à beaucoup près, l'étendue qu'elle a acquis depuis; mais les auteurs sentirent bientôt que pour être complets et surtout pour ne pas trancher imprudemment des questions discutables, il fallait nécessairement élargir le cadre. L'état de la science est tel, en effet, qu'on ne peut pas faire un travail d'une valeur réelle dans un simple résumé. Combien d'opinions diverses à juger! combien de cas douteux à éclaircir! combien de faits à étudier! combien de questions à discuter! Le moment est loin encore où la science pourra se résumer en quelques pages où seront consignés des principes acceptés par tous. Cela tient à la manière dont, pendant une longue série de siècles, ont été étudiées la pathologie et la thérapeutique, et aussi malheureusement à la manière dont la plupart

des médecins continuent à les étudier. On aime mieux se livrer à une observation vague et approximative, se laisser guider par les hypothèses ou par l'analogie, lorsqu'on peut avoir recours à l'expérimentation directe, puis donner le résultat de ses impressions plutôt que le résumé des faits. Aussi qu'en résulte-t-il ? C'est que, ce qui arrive constamment, si deux auteurs ont eu des impressions différentes, on ne sait auquel croire, et la science reste stastionnaire, tandis qu'en suivant une autre méthode on aurait pu lui faire faire de grands progrès. Les observations de l'un, au lieu de s'ajouter aux observations de l'autre et de prendre par là une nouvelle importance, les neutralisent pour ainsi dire, et les travaux les plus pénibles restent infructueux. C'est à ceux qui publient des ouvrages généraux à faire remarquer ces fâcheux résultats; mais pour cela il faut exposer les opinions et les faits, et les discuter, ce qui entraîne à des développements considérables.

Les auteurs ont adopté l'ordre alphabétique. Cette disposition, comme toutes celles qui sont suivies dans les divers traités, a ses avantages et ses inconvénients. Il est certain que l'ordre alphabétique permet de trouver avec facilité les sujets qu'on veut étudier; mais aussi toute liaison est rompue. Nous ne blâmons cependant pas les auteurs d'avoir pris ce parti : nous pensons, il est vrai, que les avantages de l'ordre anatomique sont plus grands, parce qu'il permet d'étudier successivement toutes les maladies de chaque organe; mais nous croyons aussi que l'ordre alphabétique vaut beaucoup mieux que celui qui consiste à classer les maladies d'après leur nature reconnue ou présumée, car celui-ci rapproche les affections par leur côté le moins important au point de vue du diagnostic, qui est le flambeau de la thérapeutique. D'ailleurs, les auteurs du *Compendium de médecine,* prévoyant bien ce que l'ordre alphabétique pouvait avoir de défectueux, ont eu soin, toutes les fois qu'ils ont eu affaire à un groupe d'affections bien tranchées ayant leur siége dans un des principaux organes, de les décrire dans un même article sous un titre commun et emprunté à l'ordre anatomique. C'est ainsi qu'ils ont groupé la plupart des maladies de l'utérus, du cerveau, du cœur, etc.

A l'époque où commença la publication du *Compendium*, on sortait de l'indifférence dans laquelle la médecine française était restée pour la plupart des travaux étrangers et pour les travaux anciens. Les auteurs n'avaient donc, en quelque sorte, qu'à suivre l'impulsion donnée; mais on doit convenir qu'au point de vue des recherches littéraires, ils ont été beaucoup plus complets qu'on ne l'avait été, même dans les articles spéciaux, et sous ce rapport l'utilité de leur ouvrage est incontestable. On peut même dire qu'en popularisant ces recherches par leur publication, ils ont fait plus pour elles que la plupart de ceux qui s'en occupaient auparavant dans des travaux d'un mérite très-grand, mais beaucoup moins répandus. Craignons seulement une chose aujourd'hui : c'est qu'on n'aille trop loin dans cette voie, qu'on n'accorde une trop grande valeur à des travaux qui n'en ont qu'une très-faible, et qu'on ne leur prodigue la citation. Certes, il est

bon de savoir ce qu'on a dit d'important, dans tous les temps et dans tous les pays, sur les questions qu'on étudie; mais citer un livre uniquement parce qu'il est ancien ou étranger, le mettre en parallèle avec des travaux modernes ou nationaux qui ont une immense supériorité sur lui, c'est là une mauvaise tendance, à laquelle cèdent trop facilement plusieurs de nos jeunes écrivains. Bien entendu que ceci n'est pas un reproche pour le *Compendium*, que nous ne rendons pas responsable des fautes des imitateurs.

Si l'on considère les articles de cet ouvrage au point de vue de la pathologie, on voit que les descriptions sont aussi complètes que possible, et qu'il n'est guère de cas particuliers que les auteurs n'aient pu prévoir, à l'aide des renseignements nombreux qu'ils ont pris dans tous les traités de pathologie, dans les recueils périodiques, dans les brochures, partout, en un mot, où ils pouvaient espérer de trouver quelques détails intéressants. Sous ce rapport, le *Compendium* s'est placé bien au-dessus des traités écourtés, mutilés, dévoués à un système exclusif, qui l'avaient précédé. C'est là un fait sur lequel tout le monde doit tomber d'accord, et c'est ce qui explique, en grande partie, la faveur avec laquelle il a été reçu.

On voit aussi que la thérapeutique occupe dans le *Compendium* une plus grande place que dans les autres traités de pathologie, et surtout on voit qu'à mesure que les auteurs ont avancé dans leur œuvre, ils ont compris que la partie thérapeutique demandait de plus grands développements. Dans les premières livraisons, en effet, ils se sont montrés beaucoup plus sobres de détails dans l'exposé du traitement que dans les dernières, et nous pensons que c'est dans celles-ci qu'ils ont eu raison.

Ainsi, il n'est pas un point dans lequel les auteurs du *Compendium* n'aient introduit quelque amélioration; c'est ce que nous nous plaisons à reconnaître. Est-ce à dire que nous ne trouvions aucun défaut dans leur traité? Quel est l'ouvrage qui n'en a pas, surtout un ouvrage d'aussi longue haleine? Le *Compendium*, comme toutes les œuvres humaines, a les défauts de ses qualités. Parfois une trop grande abondance de détails; l'absence, dans quelques points, de ce travail de fusion qui rend une œuvre homogène; un trop grand luxe de divisions et parfois aussi une certaine indécision dans les conclusions, rendent certains articles d'une lecture un peu plus difficile et un peu moins fructueuse qu'ils n'eussent pu l'être. Mais ce n'est pas nous qui insisterons sur ces défauts, qui sont loin d'être capitaux, et qui ne se remarquent pas dans toutes les parties de l'ouvrage: ce serait une injustice. Quand des hommes laborieux ont eu le courage de se livrer pendant plus de douze ans à des recherches qui paraissaient interminables; quand leurs investigations nous ont initiés à des connaissances littéraires dont plusieurs ont une grande importance; quand enfin, ils sont venus à bout d'un des travaux les plus pénibles qui aient été entrepris, nous ne pouvons qu'applaudir avec le public qui a pris le *Compendium* sous sa protection.

Rignoux, Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Monsieur-le-Prince, 29 bis

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

Novembre 1847.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

DE LA MÉTRITE PUERPÉRALE IDIOPATHIQUE OU MÉTRITE FRANCHE DES NOUVELLES ACCOUCHÉES, ET DE SA COMPLICATION AVEC LES PHLEGMONS PELVIENS;

Par le Dr A. WILLEMIN, *ancien interne des hôpitaux de Paris.*

Chacun sait qu'à la suite d'un accouchement normal, on peut voir survenir chez les nouvelles accouchées, souvent sans cause appréciable, des affections très-diverses quant à leur siége, à leur nature et à leur degré de gravité.

Pour ne parler que de celles qui affectent l'utérus lui-même et ses dépendances, quelle variété ne trouvons-nous pas dans les différentes formes de métrite, depuis la métrite pyogénique aiguë, compliquée ou non de péritonite, jusqu'à la métrite subaiguë ou chronique? Chacune de ces formes si diverses peut à son tour se compliquer de l'inflammation du tissu cellulaire voisin, et particulièrement de celui des ligaments larges et des régions iliaques, ce qui donne lieu à ces phlegmons si variables eux-mêmes quant à leur marche et à leur mode de terminaison.

La métrite aiguë, considérée comme élément de certaines fièvres puerpérales, et les abcès iliaques, ont fait depuis quelques années le sujet d'assez nombreux travaux ; mais il est un état morbide de l'utérus que l'on rencontre assez fréquemment dans les services d'hôpitaux, chez les femmes nouvellement accouchées, et sur lequel l'attention des médecins ne paraît pas encore suffisamment fixée. Il n'est pas rare, en effet, d'y voir des femmes accouchées depuis huit, dix, quinze jours ou un mois, se plaignant d'une douleur en général assez obscure dans le bas-ventre, avec ou sans fièvre, et qui présentent, à l'examen de l'hypogastre, une tumeur de volume variable, qu'à son siége, à sa forme et au toucher vaginal, il est aisé de reconnaître comme étant constituée en totalité ou en grande partie par l'utérus.

M. le professeur Chomel, dans son article *Métrite* du 30e vol. du *Dictionnaire de médecine* (1846), a consacré quelques pages à la description de cet état particulier, désigné par lui sous le nom de *métrite post-puerpérale*. En effet, cette métrite diffère à la fois et de la métrite simple, survenue hors l'époque d'activité de l'utérus, et de la métrite pyogénique aiguë, qui débute presque toujours à une époque très-rapprochée de l'accouchement et avec des symptômes d'une grande gravité. D'autres auteurs ont désigné ce même état sous le nom de *métrite puerpérale subaiguë* (*Compendium de médecine pratique*). Enfin, on le trouve encore indiqué sous le nom de *métrite chronique*.

Dans le service de M. Rayer, auquel nous étions attaché l'an dernier en qualité d'interne, nous avons vu passer sous nos yeux plusieurs cas semblables de métrite survenue à la suite des couches. Nous avions d'abord adopté pour les désigner la dénomination employée par M. Chomel ; mais nous avons été contraint de l'abandonner en tant qu'expression générique de cette forme de métrite. En effet, s'il est vrai que cette affection, dont nous donnerons bientôt les caractères,

débute quelquefois à une certaine distance de l'accouchement, à savoir quand la première période puerpérale est passée, il n'est pas moins fréquent de la voir survenir dès le premier ou dès les premiers jours des couches. Dès lors le nom de *post-puerpérale* ne peut plus convenir à tous les cas. La seule considération de l'époque du début de la maladie ne suffit pas pour établir une espèce, une forme particulière; nous verrons des métrites, ayant débuté presque aussitôt ou peu après l'accouchement, présenter au bout de huit ou dix jours les mêmes symptômes que celles que par leur date on pourrait appeler *post-puerpérales*. Ce n'est donc pas de la date seule de l'invasion de la maladie qu'il faut tenir compte.

La métrite puerpérale offre dès le début, et par l'effet de circonstances que nous ne pouvons que difficilement déterminer, un caractère de gravité ou de bénignité qui lui donne, dans certains cas, une marche aiguë, rapide, parfois foudroyante, avec tendance à la production de pus (*métrite pyogénique*) ou à la gangrène (*métrite gangréneuse*); d'autres fois, au contraire, l'inflammation de l'utérus est remarquable par sa lenteur et par une gravité bien moindre des symptômes (*métrite simple* ou *idiopathique*). Pour désigner les cas que nous avons rassemblés, nous avons fait choix du nom de *métrite puerpérale idiopathique*, qui a l'avantage de ne pas spécifier l'époque à laquelle l'affection a débuté *pendant* ou *après l'accouchement*. Cette dénomination exprime en outre un fait important, c'est que cette maladie est *locale*, bien différente des métrites pyogéniques qui dépendent d'un *état général de l'organisme*, caractère commun à toute la classe des *fièvres puerpérales*.

La *métrite puerpérale idiopathique*, ou *métrite franche des nouvelles accouchées*, offre pour caractères principaux les symptômes suivants :

Un volume plus ou moins considérable de l'utérus, qui fait

en général saillie à l'hypogastre ; des douleurs de bas-ventre ordinairement peu intenses ; parfois un état particulier du col utérin et de l'écoulement lochial, ces phénomènes pouvant être accompagnés ou non de fièvre.

S'il est vrai que l'*époque* seule de l'*invasion* de la maladie ne puisse servir à établir d'avance le plus ou moins d'intensité des symptômes, cependant cette circonstance influe puissamment sur le développement de l'un d'eux surtout ; nous voulons parler du volume de l'utérus. Mais il faut en outre, et de toute nécessité, admettre ici cette influence secrète, inconnue dans sa nature, qui fait qu'une affection déterminée revêt de préférence telle ou telle forme ; qu'une fièvre typhoïde, par exemple, est de forme pectorale ou cérébrale, qu'elle est légère ou grave. Nous aurons des distinctions semblables à établir dans l'étude de la métrite puerpérale idiopathique.

Avant d'indiquer ces différentes formes et de citer nos observations à l'appui, il est un point important que nous devions chercher à déterminer; la persistance d'un volume plus ou moins considérable de l'utérus étant un des principaux caractères de l'affection qui nous occupe, nous devions nous efforcer de fixer notre opinion sur la loi du *retrait normal de l'utérus après l'accouchement.*

Lorsqu'on consulte à ce sujet les auteurs des traités d'accouchements, on trouve peu de précision et surtout bien peu d'accord dans leurs indications. Selon Desormeaux, il faut, en terme moyen, douze à quinze jours pour que l'utérus revienne au volume qu'il avait avant la conception (art. *Couches* du Dictionnaire en 30 vol., t. IX); d'après madame Boivin et Dugès (*Traité des mal. de l'utérus*, t. I, p. 35), il faut deux mois; d'après M. Velpeau (*Traité de l'art des accouchements,* t. II, p. 61, 2ᵉ édit.), il faut cinq, six ou huit semaines.

Ingleby (*On uterine hemorrhag.*, p. 247) dit que la matrice dépasse d'abord un peu les dimensions qu'elle

offre au troisième mois de la gestation; mais à quel momoment précis présente-t-elle ces dimensions, et jusqu'à quelle époque les conserve-t-elle? Dans le *Traité des maladies de l'utérus* de madame Boivin et Dugès (t. I, p. 35, note), il est dit que la *rapidité de la diminution de l'utérus varie beaucoup chez les différents sujets*, remarque qui expliquerait les contradictions des auteurs. Ainsi, vingt-quatre heures après l'accouchement, l'utérus n'avait que le volume du poing, et ses parois, deux doigts d'épaisseur, dans un cas observé par Riolan. Rolfinck compare la grosseur de l'utérus, au second jour des couches, à celle de la tête d'un enfant de 2 ans. Tiedemann représente (*Icones nervorum uteri humani*) un utérus de six jours dont la longueur est d'environ 6 pouces $1/2$, la largeur de 4. Deventer dit avoir trouvé la matrice réduite au volume ordinaire, le huitième ou le neuvième jour. Au contraire, Ruysch figure une matrice de trois semaines et demie, qui a 5 pouces en longueur et 4 de large. Enfin, à six semaines, Bartholin trouve à la matrice la grosseur d'une pomme. (Voy. *Traité des maladies de l'utérus*, de madame Boivin et Dugès, *loc. cit.*)

On le voit, la règle du retrait normal de l'utérus n'est rien moins que précise; nous sommes obligé, jusqu'à nouvel ordre, d'admettre qu'elle varie selon des circonstances qui ne sont pas encore déterminées. Ces variations dans le temps nécessaire pour le retour au volume physiologique ne dépendraient-elles point quelquefois d'*états pathologiques* qui n'ont pas été suffisamment appréciés? La métrite, susceptible de revêtir des formes très-diverses et de passer même facilement inaperçue, la métrite est peut-être la cause la plus fréquente de ces anomalies apparentes; et quand certaines formes de cette affection, que nous allons signaler, auront été mieux étudiées, nous avons lieu de croire que ce ne sera plus à des circonstances vagues et non définies, mais à l'inflammation elle-même de l'utérus, que l'on rapportera, dans un certain

nombre de cas, la cause du retard ou de la lenteur observés dans le retrait de cet organe.

Nous rangerons dans *quatre séries* les observations que nous avons recueillies de métrite idiopathique puerpérale.

La *première* série comprendra les cas de métrite puerpérale idiopathique avec *volume anormal de l'utérus, douleur et fièvre.*

La *seconde*, les métrites puerpérales avec *volume anormal de la matrice, douleur,* mais sans fièvre.

Dans la *troisième,* la douleur manque ainsi que la fièvre; il ne reste qu'un *volume de l'utérus plus considérable* qu'il ne l'est habituellement, joint à d'autres symptômes, tirés de l'état des *lochies* (en général *sanguinolentes*) et de celui du col de l'utérus. C'est à cette forme que se rapportent la plupart des cas de cette affection, considérée quand les premiers symptômes fébriles ont déjà cédé, quelquefois spontanément; elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit, et s'il se présente peu de nouvelles accouchées, dans ces conditions, pour réclamer les soins du médecin, c'est que l'absence de douleurs ne les rend pas attentives à un état morbide souvent difficile à constater.

A une *quatrième* série appartiennent les cas les plus rares, ceux de métrite sans fièvre, sans tumeur à l'hypogastre, mais avec *douleurs,* jointes à d'autres symptômes, tels que *lochies anormales*, symptômes que nous apprécierons en traitant du diagnostic de cette affection.

Enfin, chacune de ces formes de métrite des nouvelles accouchées peut se compliquer de l'inflammation du tissu cellulaire environnant, qui constitue les phlegmons pelviens. Cette complication, qui pourtant n'est point rare, n'a pas été suffisamment signalée par les auteurs qui se sont occupés de l'étude de la métrite; nous en citerons des exemples qui se rapportent aux diverses séries que nous venons d'établir.

1° *Métrites puerpérales idiopathiques avec volume anormal de la matrice, douleur et fièvre.*

OBSERVATION I. — *Métrite aiguë; invasion vingt-quatre heures après l'accouchement; arrêt du retrait de l'utérus; saignée; retrait rapide; prompte guérison.* — C... (Marie), âgée de 22 ans, couturière, entrée à la Charité le 24 février 1846. Cette jeune femme, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin lymphatique, jouissant d'une bonne santé, entra à l'hôpital à onze heures du soir en travail d'enfantement. Il y a deux ans, une première couche avait été heureuse; la seconde grossesse, exempte de tout accident, était à terme. Cette femme s'était livrée jusqu'à huit heures du soir à ses travaux habituels; à onze heures et demie, l'accouchement était terminé: il avait été entièrement naturel (présentation du crâne).

Le 25. Au matin, nous trouvons l'accouchée en fort bon état, n'éprouvant aucune douleur. Dans la soirée, elle souffrit du bas-ventre, mais ne s'en plaignit pas. A minuit, elle eut un violent frisson qui dura vingt minutes.

Le 26. A huit heures du matin, chaleur et rougeur à la peau; yeux rouges, larmoyants; pouls vif, fréquent, à 120. Le ventre, ballonné, est d'une grande sensibilité. On sent l'utérus, qui forme une tumeur couchée obliquement à gauche, s'élevant jusqu'au niveau de l'ombilic; lochies peu abondantes. Sur la prière de la malade, le toucher n'est pas pratiqué.

M. Rayer prescrit une *saignée de 500 gram.*, et une seconde pour le soir, si les douleurs persistent. (*Catapl. abdomin.*; *limon.*; *diète.*)

La saignée est faite à neuf heures du matin; vingt minutes après, nous visitons la malade. Le ventre n'*est plus tendu ni sensible comme il l'était*, et nous ne retrouvons plus, à la palpation légère que nous exerçons, le globe utérin qui tantôt faisait saillie. La malade se trouve fort soulagée.

Cinq heures du soir. Le pouls est encore à 116-120, moins tendu; le sang couenneux; les yeux sont encore larmoyants. La malade dit n'éprouver aucune douleur; la palpation abdominale n'est que peu sensible; l'utérus s'élève jusqu'à $0^m,15$ au-dessus du pubis, et s'étend à gauche jusqu'à $0^m,12$ de la ligne blanche, à droite de laquelle on le sent à peine.

Le 27. La malade a dormi toute la nuit (malgré les cris d'une voisine); l'expression de la face est aujourd'hui des plus calmes;

le pouls est encore à 120; elle affirme ne pas souffrir. (*Catapl.*; *limon.*; *julep diac.*)

Six heures du soir. Pouls à 108; l'utérus présente les mêmes dimensions qu'hier au soir.

Le 28. Pouls à 104; les seins, qui étaient un peu tuméfiés, ne le sont plus aujourd'hui; le globe utérin est moins saillant; lochies sanguinolentes.

Le 1er mars. 100 pulsations peu développées; état général très-satisfaisant; aucune douleur ne s'est plus manifestée; appétit. (*Catapl.*; *bouillon*; *limonade.*)

Le 2. Pouls à 90; *on ne sent plus de tumeur* dans la région hypogastrique; l'écoulement lochial est très-peu abondant, blanc.

Il ne survient plus aucun accident, et l'accouchée sort, le 13, en parfaite santé.

Cette observation appartient aux métrites puerpérales aiguës par la date de l'invasion et par l'intensité des premiers symptômes; mais elle diffère des métrites pyogéniques par le peu de durée, la marche si favorable et la prompte résolution de l'inflammation.

Deux circonstances sont ici particulièrement à noter : c'est, d'une part, l'influence si rapide de la saignée sur l'état général de la malade et surtout sur l'état de l'utérus, qui subit en moins de vingt minutes un retrait évident, une diminution manifeste de volume. Où vit-on jamais, d'une manière plus frappante, l'effet puissant de l'absorption qui s'exerce sur l'utérus gorgé de sucs après l'accouchement? D'une autre part, et comme conséquence de cette première modification, remarquons le prompt rétablissement de la malade sous l'influence d'une seule saignée, résultat bien satisfaisant quand on le compare à ceux que l'on obtient dans d'autres formes de a maladie.

OBS. II. — *Métrite aiguë; invasion aussitôt après l'accouchement; le cinquième jour, le fond de l'utérus s'élève à* 0m,10 *au-dessus du pubis; antéversion. Après deux saignées, la fièvre et les douleurs cessent; l'utérus continue à faire saillie à l'hypogastre le quinzième jour.* — Car... (Marguerite), âgée de 19 ans, domestique, rue de

Lille, 18, entrée salle Saint-Vincent, n° 43, le 13 juin. Cette femme, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, n'ayant jamais eu de maladie sérieuse, habituellement bien réglée, accoucha pour la première fois et à terme le 9 juin 1846, à onze heures du matin, à la Maternité. La grossesse avait été heureuse; l'accouchement se fit sans accident.

Dans la nuit qui le suivit, elle ressentit des douleurs de bas-ventre; le lendemain, on lui pratiqua une *saignée* qui la soulagea; les douleurs ayant diminué, elle sortit de la Maternité le 12, au matin. Rentrée chez elle, elle se sentit plus mal, elle éprouva des frissons vagues, de la chaleur, des douleurs de ventre. Le 13 (cinquième jour des couches), elle entra à la Charité.

Le même soir, nous constatons la présence dans l'hypogastre d'un corps dur, volumineux, remontant jusqu'à 0m,10 au-dessus du pubis (et à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic). Cette tumeur s'étend beaucoup plus à gauche qu'à droite: sa largeur en haut est de 0m,15 : 0m,065 à droite de la ligne blanche, 0m,085 à gauche; en bas, au-dessus du pubis, la largeur n'est plus que de 0m,08, 0m,09. La tumeur se termine en haut par un bord arrondi, épais, mousse: elle est très-dure et sensible au toucher. La malade souffre dans le bas-ventre et dans les reins.

Le doigt porté dans le vagin atteint à peine les lèvres molles du col encore entr'ouvert et dirigé fortement en arrière; le toucher n'est nullement douloureux; écoulement lochial blanchâtre; pouls subfréquent et assez développé; excrétion normale de l'urine; plusieurs selles diarrhéiques depuis hier. (*Catapl. abdom.*; *limon.*)

Le 14. Même état. M. Rayer prescrit *saignée de* 350 *gram.*; *catapl.*; *lavem. de guimauve*; *limon.*; *diète.*

Le 15. La malade est bien soulagée; caillot consistant, volumineux, couenneux; la fièvre persiste; même état de l'abdomen. (*Nouvelle saignée de* 300 *gram.*; *idem.*)

Le 16. L'accouchée ne souffre plus; le caillot, moins volumineux, à bords rétractés, présente encore une couche de couenne; la tumeur hypogastrique a les mêmes dimensions en hauteur et en largeur, mais elle semble moins saillante en avant. (*Limon.*; *bouillon*; *catapl.*)

Le 17. La saillie, la tension de la tumeur, ont évidemment diminué; l'écoulement lochial continue aussi abondant que les jours derniers. On sent, au devant de la tumeur, des inégalités assez dures, des sortes de nodosités qui nous semblent situées dans la

paroi abdominale, flasque, plissée. La diarrhée est arrêtée; apyrexie.

Le 18. Absence de toute douleur; mêmes limites de la matrice.

Le 19. Légère diminution de hauteur.

Le 20. Il y a aujourd'hui un travers de doigt de moins en diamètre vertical; la masse de la tumeur a aussi sensiblement diminué. (Même prescription.)

Le 23. L'utérus est notablement revenu sur lui-même; son fond se trouve à 0m,07 au-dessus du pubis; sa largeur totale n'est plus que de 0m,08 environ, répartie assez également des deux côtés de la ligne blanche. La malade, qui n'éprouve aucune gêne, insiste pour sortir et quitte l'hôpital.

Au commencement de juillet, nous nous rendons à son adresse; elle avait quitté Paris peu après sa sortie de la Charité.

Il est intéressant de rapprocher cette observation de la précédente. Comme dans la 1re, les douleurs surviennent ici dès la nuit qui suit l'accouchement. Dès le lendemain, une saignée est pratiquée, et la souffrance est calmée; mais, la malade ayant quitté prématurément l'hospice, les douleurs reviennent accompagnées de frissons et de fièvre. Sous l'influence de deux saignées, le mouvement fébrile et les tranchées cèdent encore promptement; mais ce n'est que trois jours après la seconde émission sanguine, quand la fièvre est complétement tombée, que le retrait de l'utérus commence. Ici, comme chez notre première malade, les lochies ont persisté malgré la métrite.

Mais une différence essentielle qu'il faut noter, c'est que, contrairement à ce que nous avions vu dans la 1re observation, huit jours après la dernière émission sanguine, l'utérus n'avait diminué que de 0m,03 en hauteur, et continuait à faire saillie à l'hypogastre. Ne peut-on pas rapporter cette différence dans la marche et la durée de l'affection à la sortie prématurée de la maison d'accouchements et à l'antéversion que nous avons signalée?

Obs. III. — *Invasion de la métrite le sixième jour des couches, déchirure profonde du col de l'utérus; après une saignée, la fièvre*

cesse, les lochies s'arrêtent et reparaissent sanguinolentes; l'utérus est incomplètement revenu sur lui-même le vingt et unième jour. — B... (Louise), âgée de 21 ans, piqueuse, rue Jacob, 36, née au Mans, entrée à la Charité le 16 juin 1846. Cette jeune fille, d'une constitution assez débile, d'un tempérament lymphatique, habituellement mal réglée, se trouvait au terme d'une première grossesse lorsqu'elle entra à l'hôpital (comme maladies antérieures, elle avait eu, il y a six ans, la fièvre quarte, et, il y a deux ans, la fièvre typhoïde); elle souffrait depuis dix jours dans le bas-ventre et surtout dans les reins. Cinq jours après son entrée à la Charité, le 21 juin, à onze heures du matin, elle accoucha d'un enfant bien portant. Le crâne s'était présenté; l'accouchement n'avait offert aucune difficulté.

Il n'y eut rien de particulier pendant les premiers jours: point de fièvre, point de coliques.

Le 26. Elle fut prise d'un frisson qui dura de dix heures du matin à deux heures, et fut suivi de chaleur pendant la journée et de sueur pendant toute la nuit. La malade éprouva de très-fortes coliques, et les mamelles commencèrent à se gonfler.

Le 27. Huit heures du matin. Les douleurs de bas-ventre durent encore; on sent dans l'hypogastre un corps arrondi, d'une vive sensibilité à la pression; son fond s'élève à $0^m,10$ au-dessus du pubis. De ce niveau, il s'abaisse symétriquement des deux côtés de la ligne blanche, de telle sorte que sa largeur la plus grande est de $0^m,14$. Les lochies coulent sanguinolentes. Le toucher fait reconnaître une profonde déchirure de la commissure gauche du museau de tanche; le segment supérieur forme comme une valvule mince, flottante au devant du col; la profondeur de l'encochure est de $0^m,15$ au moins. Il existe également une déchirure à droite. La lèvre inférieure est molle et turgescente; l'orifice admet l'extrémité du doigt; le ballottement de la tumeur hypogastrique s'opère facilement; le pouls est fréquent et développé, la peau chaude et moite. (*Saignée de* 350 *gram.*; *limon.*; *catapl.*)

Dans la journée, les douleurs se calment, mais les lochies s'arrêtent. A six heures du soir, la malade est sans douleur et sans fièvre.

Le 28. L'utérus a quitté la position qu'il avait hier; il forme une tumeur qui occupe presque exclusivement la région iliaque et hypogastrique *droite*; ventre peu sensible, sang légèrement couenneux, apyrexie.

Le 29. Même état, constipation. (*Eau de Sedlitz*; *bouil*. *catapl.*)

Le 30. État très-satisfaisant. Le purgatif a déterminé deux selles; les douleurs ont complétement cessé. L'utérus, déjeté à droite, forme une tumeur qui s'élève encore à 0m,08 au-dessus du pubis; sa largeur est de 0m,11, dont 0m,08 à droite de la ligne blanche et 0m,03 seulement à gauche; mais la tumeur a beaucoup perdu de sa saillie. La percussion pratiquée légèrement sur elle donne un son clair (intestin au devant de l'utérus). Le toucher fournit les mêmes résultats qu'il y a trois jours; la profondeur de l'encochure est encore la même. Dans la soirée d'hier, les lochies ont reparu : elles consistent en une matière mucoso-sanguinolente peu abondante. La malade demande des aliments. (*Bouillon*; *catapl.*)

Le 1er juillet. L'alèze est à peine tachée; l'utérus a subi un retrait de 0m,02 en largeur du côté droit de la ligne blanche. Etat général toujours très-satisfaisant.

Le 3. La malade a essayé de marcher depuis deux jours : elle est encore très-faible. Depuis hier, l'écoulement lochial a augmenté; la chemise présente de larges taches sanguinolentes. Le niveau du fond de l'utérus a baissé de 0m,01 à 0m,15; sa largeur est encore la même; mais la tumeur est plus profonde, et ne se perçoit que par une palpation attentive, qui fait reconnaître en outre dans la paroi abdominale l'existence de petites nodosités assez dures, mais mobiles avec elle. (*Catapl.*; 1 *port.*)

Le 5. L'accouchée se lève et ne souffre plus du tout; l'écoulement lochial est *fortement sanguinolent*. La tumeur ne se perçoit plus que difficilement.

Le 8. A un premier examen, elle échappe, mais on parvient néanmoins à la sentir s'élevant encore à 0m,04 environ au-dessus du pubis; constipation. (*Bout. d'eau de Sedlitz.*)

Le purgatif n'a agi qu'après qu'on eut donné, vers le soir, un lavement.

Le 11. La malade quitte l'hôpital.

Même état du corps utérin; le col est revenu sur lui-même, mais il existe toujours une profonde entaille qui divise complétement toute l'épaisseur de la commissure gauche, jusqu'à 0m,15 au moins de distance de l'orifice.

L'écoulement vaginal est toujours sanguinolent, il l'est même *davantage* que les jours passés; absence complète de douleurs; état de faiblesse générale.

Dans ce cas, où l'invasion de la métrite a été plus tardive, nous voyons la maladie se prolonger plus longtemps. Nous

avons trouvé par le toucher une lésion profonde du col de l'utérus ; pour le moment, nous nous contentons de la signaler. Les lochies s'arrêtent le second jour après l'invasion de la maladie ; mais, deux jours après, quand la fièvre a cessé, elles reparaissent pour rester sanguinolentes encore le vingt et unième jour des couches.

Une circonstance accessoire, et qui s'est rencontrée déjà dans la 2e observation, c'est l'existence de ces inégalités, de ces espèces de nodosités au devant de la tumeur hypogastrique, et dont nous avons dû placer le siége dans la paroi abdominale, attendu que, chez cette dernière malade, nous les trouvâmes mobiles avec la paroi dans les déplacements qu'on lui faisait subir.

OBS. IV. — *Métrite compliquée de phlegmon iliaque ; sous l'influence de trois saignées et de cinq vésicatoires volants, le phlegmon entre en voie de résolution ; mais la tumeur formée par l'utérus augmente, et son volume continuait à s'accroître le cinquante-troisième jour des couches.* — Hale (Marguerite), âgée de 23 ans, née à Faisson (Savoie), entrée à la Charité le 29 décembre 1845. Cette femme, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une santé habituellement bonne, réglée à 18 ans et toujours exactement, eut, il y a trois ans, une première couche naturelle. Elle accoucha pour la seconde fois, facilement et à terme, le 27 novembre 1845, à la Maternité. Cependant elle fut prise presque aussitôt de coliques dans tout le ventre; on lui pratiqua une saignée qui la soulagea, et elle sortit au bout de neuf jours. Rentrée chez elle, elle ne se rétablit point complétement ; les douleurs dans le bas-ventre continuaient à se faire sentir de temps à autre; enfin elle entra à la Charité le 29 décembre.

Le 30. On constate une tuméfaction mal circonscrite, occupant l'hypogastre et s'étendant plus particulièrement à droite vers la région iliaque; toute cette région était empâtée, sensible au toucher ; le pouls fébrile. M. Rayer fit pratiquer à la malade une *saignée générale* et appliquer un vésicatoire sur la région iliaque droite. Le lendemain, l'état local était sensiblement le même ; la malade souffrait peu. (*Bout. d'eau de Sedlitz.*)

Les jours suivants, la tuméfaction persistant, on appliqua sur

l'aine *vingt sangsues et un vésicatoire volant* à l'hypogastre ; deux autres furent ensuite successivement appliqués sur l'abdomen, le dernier sur la région iliaque gauche.

Le 8 janvier (quarante-troisième jour des couches). Nous reconnûmes l'état suivant : il existait dans l'hypogastre une tumeur globuleuse, aplatie antérieurement, terminée en haut par un bord mousse qui remontait jusqu'à 0m,05 environ au-dessus du pubis. Cette tumeur se laissait assez facilement limiter en dehors et à gauche ; mais, à droite, on en perdait la trace dans l'empâtement de cette région. Dans la fosse iliaque, à 0m,04 au-dessus du pli de l'aine, on sentait une tumeur assez dure, douloureuse à la pression, que l'on ne percevait que par une palpation exercée profondément, et que nous ne pûmes limiter. Il sembla à quelques personnes qu'elle était distincte de la tumeur hypogastrique médiane ; nous n'avons pu acquérir de conviction à cet égard. Le toucher vaginal fit reconnaître que le col était situé assez haut. L'orifice utérin dilaté admettait l'extrémité du doigt indicateur ; les lèvres du museau de tanche étaient hypertrophiées. En portant l'autre main sur l'hypogastre et en déprimant le fond de la tumeur, on en sentait le choc sur l'indicateur droit et réciproquement. Il se fait par le vagin un léger écoulement blanchâtre ; pouls subfréquent et développé. Le vésicatoire nouvellement appliqué n'est pas encore sec. (*Limonade, bouillon.*)

Le 10. La sensibilité de l'hypogastre empêche d'exercer librement la palpation. La malade continue à éprouver des douleurs assez vives par moments ; pouls vif et fréquent, peau chaude. (*Saignée de 300 gr.*)

Le 11. La malade est un peu soulagée. Le caillot de la saignée a les bords rétractés, il est couvert d'une légère couenne ; le vésicatoire est sec. (*Cinquième vésicatoire sur l'hypogastre.*)

Le 12. L'état général est assez satisfaisant. Il n'y a point de fièvre, point de douleurs spontanées ; anorexie ; point de selle depuis deux jours. (*Bout. d'eau de Sedlitz.*)

Le 15. Depuis hier, la malade a éprouvé de nouvelles douleurs dans la région iliaque droite, qui ne présente néanmoins pas de tuméfaction appréciable. La tumeur hypogastrique s'élève aujourd'hui jusqu'à 0m,10 au-dessus du pubis, et s'étend du côté droit jusqu'à 0m,05 de distance de la ligne blanche, à peu près à la même distance à gauche ; pouls à 94, assez développé. (*Saignée de 350 gr.*)

Le 16. Même état. Caillot peu volumineux, à peine recouvert

d'une légère couenne; 90 pulsations; douleurs dans la région hypogastrique. (*Limonade, julep.*)

Le 18. La tumeur s'élève toujours à 0m,10 au-dessus du pubis, et elle mesure aujourd'hui 0m,13 de largeur : 0m,08 à droite, 0m,05 à gauche de la ligne blanche; sensibilité vive à la pression.

Le 19. La malade, malgré toute les représentations, insiste pour quitter l'hôpital, et elle sort le même jour.

Chez cette femme, la métrite présente à la fois une marche plus lente et des symptômes plus intenses. Loin d'entrer en voie de résolution, l'inflammation semble, au contraire, faire chaque jour de nouveaux progrès. On ne saurait douter que le développement du phlegmon iliaque n'ait entretenu et contribué peut-être même à aggraver la métrite. Quant au volume toujours croissant de la tumeur hypogastrique, malgré le traitement énergique auquel on eut recours, doit-on le rapporter exclusivement à la tuméfaction du parenchyme utérin? et le tissu cellulaire qui coiffe cet organe, envahi lui-même par l'inflammation, ne contribuait-il pas pour sa part au développement graduel de la tumeur? Nous aborderons cette question en traitant du diagnostic.

Nous n'avons pu obtenir de renseignements sur l'état ultérieur de la malade, dont la trace s'est perdue.

2° *Métrites puerpérales idiopathiques avec volume anormal de la matrice et douleur, sans fièvre.*

Obs. V. — *Symptômes de métrite développée aussitôt après l'accouchement; les douleurs, qui avaient cédé le septième jour, reparaissent le quinzième jour; le vingt-septième, on constate une tumeur hypogastrique dépassant le pubis de* 0m,08, *avec lochies sanguinolentes et déchirure profonde du col de l'utérus.* — M... (Alexandrine), âgée de 20 ans, mouleuse, entrée salle Saint-Vincent, n° 24, le 19 juillet 1846. Cette jeune fille, d'une constitution assez chétive, lymphatique, n'ayant jamais eu de maladie grave, habituellement bien réglée, accoucha pour la première fois et à terme le 23 juin dernier, à la Maternité. La grossesse et l'accouchement n'offrirent rien de particulier. Aussitôt la délivrance opérée, elle éprouva un frisson violent et de vives douleurs dans le ventre; ces

douleurs continuant, on lui appliqua, le surlendemain, trente sangsues sur l'abdomen, et on lui fit prendre un bain. Les tranchées se dissipèrent, et l'accouchée sortit de l'hospice le septième jour, ne souffrant plus et marchant sans peine. Elle resta *huit jours* encore sans éprouver aucun phénomène morbide, les lochies continuant à couler en blanc. Au bout de ce temps, sans cause connue et sans frisson nouveau, les douleurs recommencèrent par tout le ventre. La malade n'en continua pas moins ses travaux, se bornant à s'appliquer, le soir, des cataplasmes sur le ventre; cependant, le 14 juillet, elle perdit en rouge; bientôt les douleurs augmentèrent, et le 17 elle garda le lit.

Entrée le 19 à la Charité (vingt-septième jour des couches), elle présente l'état suivant : ventre assez souple, sensible à la pression, surtout au côté droit et à l'hypogastre; dans cette dernière région, on rencontre une tumeur qui s'élève jusqu'à 0m,08 au-dessus du pubis, et dont la largeur est de 0m,10, dont 0m,06 à gauche, et 0m,04 à droite de la ligne blanche. Cette tumeur, parfaitement unie à sa surface, de figure ovoïde ou piriforme, à grosse extrémité dirigée en haut, difficile à circonscrire vers le bas, est très-sensible à la palpation. Le toucher vaginal fait reconnaître que le col est bien reformé, situé à la hauteur normale; mais tout son côté gauche depuis la commissure est divisé par une *fente profonde* à bords nettement séparés. Il est insensible au toucher; ballottement facile; le doigt est retiré tout mouillé de *sang*. Les seins, qui s'étaient gonflés, le troisième jour des couches, à la suite de la fièvre de lait, sont promptement revenus à leur volume antérieur et n'ont jamais été douloureux; l'excrétion de l'urine ne se fait pas plus souvent que de coutume. Depuis quelques jours, en même temps que les grandes douleurs, il s'est manifesté de la diarrhée; langue blanchâtre, appétit. Par moments, elle éprouve des coliques vives dans tout le ventre; point de douleurs lombaires. La marche est très-douloureuse; point de céphalalgie; *apyrexie* complète. (*Catapl. abdom.*; *limon.*; 1 *port.*)

Le 22. La malade a eu chaque jour trois ou quatre selles liquides; l'urine est rougeâtre avec un sédiment floconneux.

Le 24. Mêmes limites de la tumeur. L'écoulement a diminué et contient moins de sang; le dévoiement est très-peu abondant; l'urine est aujourd'hui jaune, limpide; état général très-satisfaisant.

Le 27. L'utérus s'élève encore à 0m,08 au-dessus du pubis; la

palpation en est beaucoup moins sensible. Absence de toute douleur.

Le 30. Depuis trois jours, point de selle; l'écoulement lochial est à peine rougeâtre et peu abondant. Mêmes dimensions de la tumeur, qui s'étend toujours plus à gauche, où elle est plus douloureuse qu'à droite. La malade quitte l'hôpital.

Cette observation, tout interrompue qu'elle ait été, nous paraît cependant mériter de fixer l'attention sous plusieurs rapports. Elle nous offre d'abord un exemple de métrite franche *apyrétique ;* à l'article du diagnostic, nous aurons à établir la nature inflammatoire de cette affection, bien que la fièvre fasse défaut. En outre, nous avons ici sous les yeux un cas de métrite *avec récidive.* De la lecture de l'observation, il nous semble résulter clairement qu'une première inflammation a eu lieu immédiatement après l'accouchement; qu'elle a été arrêtée par l'emploi d'un traitement convenable, puisque la malade ne souffrait plus aucunement le septième jour, et qu'elle marchait sans peine.

Huit jours après, les douleurs reviennent sous l'influence de je ne sais quelle cause occasionnelle. En tout cas, cette femme devait être singulièrement prédisposée à cette récidive par le fait de la lésion que nous avons constatée encore au vingt-septième jour des couches, je veux parler de la déchirure profonde du col utérin. Il serait intéressant de savoir si, au moment où la récidive eut lieu, la matrice avait le volume que nous lui trouvâmes lors de l'admission de la malade. Nous reprendrons cette question plus loin; mais il nous semble permis de supposer que l'utérus avait subi un retrait plus complet, et que ce fut par suite de la recrudescence inflammatoire, qu'il acquit cette augmentation de volume.

OBS. VI. — *Métrite compliquée d'un double phlegmon pelvien ; invasion aussitôt après l'accouchement ; suppression des lochies le quatrième jour; au vingt-sixième l'utérus s'élève encore à* 0m,05 *au-des-*

sus du pubis. — Ho... (Euphrosine), âgée de 22 ans, domestique, entrée le 17 juillet 1846. Cette jeune fille, d'une assez bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, n'ayant jamais eu de maladie grave, accoucha pour la première fois et à terme, à la Maternité, le 22 juin dernier. Le travail fut long : il paraît qu'il y avait présentation d'une main. Quant au délivre, on fit deux fois de vains efforts pour l'extraire ; il ne sortit qu'à la troisième tentative. La jeune fille, interrogée pour savoir si elle eut ensuite du frisson, des tranchées, répond qu'elle ne se souvient de rien, qu'elle resta plongée, après l'accouchement, dans un état de somnolence presque continuel. Le lendemain de l'accouchement, on lui pratiqua une saignée du bras, qui fut répétée le jour suivant. Elle quitta l'hospice au bout de quatre jours. Rentrée chez elle (en voiture), elle garda le lit pendant huit jours, éprouvant de grands maux de ventre. Dès sa sortie de la Maternité, l'écoulement lochial s'était arrêté.

S'étant relevée, elle entreprit de longues courses pour chercher à se placer, continuant à ressentir, presque à chaque pas, de telles douleurs dans le côté droit du ventre, qu'elle retenait à peine ses cris. Le 17 juillet, elle se décide enfin à entrer à l'hôpital, et voici ce que nous constatons.

(Vingt-sixième jour des couches) Il existe dans la région iléo-inguinale droite une tumeur volumineuse, piriforme, dure, unie à sa surface, remontant jusqu'à $0^m,10$ au-dessus du pubis, se portant en dehors jusqu'à $0^m,12$ de la ligne blanche, qu'elle rejoint à $0^m,05$ au-dessus de la symphyse pubienne. Là, elle se confond avec un autre corps moins dur, plus profond, sensible comme elle au toucher, présentant antérieurement une surface assez plane, se terminant en haut par un bord mousse, difficile à circonscrire tant d'un côté que de l'autre.

Du côté gauche, en effet, il se confond avec une nouvelle masse indurée, profonde, qu'il est impossible de limiter au milieu de l'empâtement et de l'excès de sensibilité de toute cette région.

Au-dessus de la tumeur hypogastrique médiane, la main s'enfonce profondément dans une cavité limitée à droite par la tumeur iliaque, et à gauche par un bord dur, mousse, verticalement arrêté à $0^m,04$ de la ligne blanche (éventration, bord du muscle droit). Quant à la grande tumeur iliaque, la main peut se porter au-dessus et en arrière d'elle, de manière à la saisir, pour ainsi dire, dans le sens antéro-postérieur ; la toux, la marche, la pression, y déterminent une vive sensibilité.

Le toucher vaginal fait reconnaître que le col est situé assez haut; au lieu d'une forme conique, il offre une surface presque plane, légèrement froncée autour de l'orifice qui est complétement fermé. Cet organe est d'une dureté ligneuse, insensible au toucher. La pression exercée sur chacun des points de la tumeur abdominale se transmet au doigt dans le vagin; mais la masse entière est peu mobile, comme fixée par des adhérences. L'écoulement lochial, qui s'était arrêté dès longtemps, a reparu pendant le trajet à la Charité, blanc, peu abondant. L'excrétion de l'urine, qui, dans les premiers temps, était plus fréquente que de coutume, est redevenue normale. Depuis quelques jours, la diarrhée s'est établie; les mamelles n'ont jamais été douloureuses, elles ne sont nullement engorgées.

Céphalalgie fréquente; apyrexie.

Le 18. *Application d'un vésicatoire volant sur la région iliaque droite; julep diac., lim.; 1 port.*

Le 22. Les douleurs ont diminué. La palpation attentive de la région iliaque gauche n'y fait plus reconnaître aucune tuméfaction; cette région est seulement tendue et empâtée. La tumeur hypogastrique semble moins saillante; écoulement lochial toujours peu abondant. Le dévoiement persiste; la substance des selles, examinée avec soin, n'a présenté que des matières diarrhéiques ordinaires; l'urine est d'un jaune citrin, limpide.

Le 26. Les douleurs ont entièrement cessé ainsi que le dévoiement; appétit. La tumeur droite et celle de l'hypogastre présentent les mêmes dimensions que lors de l'entrée. (2[e] *vésicatoire sur l'hypogastre.*)

Le 30. Depuis quatre jours, point de selle. La tumeur iliaque droite forme évidemment une moindre saillie; la palpation y est bien moins sensible; l'empâtement a beaucoup diminué dans la région iliaque gauche. A partir de ce jour, la malade a été soustraite à notre observation.

Cette malade nous présentait un cas remarquable de métrite compliquée de phlegmon pelvien. Ce phlegmon, double, aboutissant à droite et à gauche aux deux côtés de l'utérus, semblait former comme une matrice bicorne, dont les prolongements se portaient, sous forme d'ailerons, vers chacune des deux fosses iliaques.

Comme symptôme, ce cas nous offre à la fois les deux manières d'être de ces tumeurs : tantôt bien circonscrites, lorsqu'elles sont volumineuses et qu'elles font saillie en avant; tantôt, au contraire, profondes et très-difficiles à limiter au milieu de l'empâtement de toute la région.

Quant aux causes auxquelles on peut rapporter ici la métrite et sa complication, elles ne manquent pas. C'est d'abord le fait de manœuvres prolongées pendant le travail; puis la sortie prématurée de l'hospice, quand déjà la métrite avait éclaté; l'arrêt des lochies dès le quatrième jour, et enfin de longues courses faites à pied malgré la souffrance.

Le traitement, bien qu'incomplet au moment où cesse l'observation, avait déjà avantageusement modifié l'état de la double tumeur pelvienne.

3° *Métrites puerpérales apyrétiques indolores, avec volume anormal de l'utérus.*

OBS. VII. — *Au neuvième jour des couches, le fond de l'utérus s'élève à 0m,05 au-dessus du pubis; le col n'est point reformé; les lochies persistent sanguinolentes; la tumeur hypogastrique ne disparaît qu'au bout d'un mois.* — S... (Marie), âgée de 37 ans, piqueuse, entrée salle Saint-Vincent, n° 21, le 29 juin 1846. Cette femme, d'une constitution moyenne, à tempérament lymphatique, réglée à 15 ans et toujours exactement, n'ayant jamais eu de maladie sérieuse, accoucha pour la première fois il y a deux ans et demi. L'accouchement, à ce qu'elle prétend, n'a rien présenté de particulier que la lenteur du travail. Depuis ses couches, elle garda une sensation fréquente de pesanteur dans le bas-ventre pendant la station, en même temps qu'un écoulement leucorrhéique. Elle accoucha pour la seconde fois à terme le 21 juin 1846, à la Maternité. Le travail fut encore long, mais l'accouchement se fit bien; cependant des coliques ne tardèrent pas à se manifester (la malade n'en peut pas préciser exactement l'origine). On lui pratiqua une saignée du bras, et on la soumit à l'usage de lavements et de cataplasmes sur le ventre. Les coliques se dissipèrent, et elle sortit le 27. Rentrée chez elle, elle eut des frissons, des syncopes, mais point de douleurs dans le ventre. Elle se fit transporter à l'hôpital le 29.

Nous constatons alors l'état suivant : le ventre est mou, souple, indolore ; à la palpation de l'hypogastre, on sent un corps arrondi, profondément situé, légèrement mobile, qui remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis (9e jour) ; sa largeur est d'environ 0m,06 ; il est indolore à la pression. Le toucher fait reconnaître que le col, encore assez élevé, n'est point reformé ; son pourtour est mou, insensible ; l'orifice admet l'extrémité du doigt. Il existe une légère encochure à la commissure gauche ; ballottement facile ; écoulement blanchâtre peu abondant. La malade dit uriner *moins souvent* que de coutume ; anorexie, faiblesse générale, apyrexie complète. (*Cataplasme abdominal, repos au lit ; bouillon, soupe.*)

Le 2 juillet. Il n'est survenu aucun accident. La malade se trouve mieux ; quoique faible encore, elle sent, dit-elle, ses forces revenir. La tumeur hypogastrique a diminué de volume ; elle est plus profonde et pourrait échapper à un examen superficiel ; on la sent néanmoins qui remonte toujours au même niveau. Le col n'est pas reformé ; pourtour mou, arrondi ; appétit, constipation. (*Catapl., lavem.* ; 1 *port.*)

Le 4. Même état ; la constipation persiste. (*Bouteille d'eau de Sedlitz.*)

Le 5. La malade, à qui l'on a donné hier la moitié de la bouteille, et qui a mangé de suite après, a éprouvé de fortes coliques. Ce matin elle a pris le reste du purgatif. A l'heure de la visite, elle ressent un grand malaise, de la chaleur à la tête, des coliques. Dans la journée, il se déclare dix à douze selles.

Le 7. L'indisposition n'a pas eu de suite ; il n'en reste aujourd'hui que de la faiblesse.

Le 8. La palpation, pratiquée avec soin, fait toujours découvrir dans le bas-ventre la présence d'un corps profondément situé, s'élevant à trois travers de doigt au-dessus du pubis ; le toucher montre le col non encore reformé, cependant moins volumineux et moins mousse qu'au premier jour, toujours insensible à la palpation. L'écoulement vaginal est *sanguinolent* (*catapl. abdom.* ; *limon.*) ; anorexie, faiblesse d'estomac, apyrexie.

Le 11. La malade, un peu plus forte, commence à se lever.

Le 13. Les lochies continuent à être sanguinolentes. Pendant la station, la malade éprouve une sensation de pesanteur dans le bas-ventre ; jamais elle n'a ressenti de douleurs lombaires. Appétit ; constipation. (*Catapl.*, *lavem.* ; *limon.*, 1 *port. alim.*)

Le 15. Même état local; état général satisfaisant.

Le 18. Dans la soirée, il survient, sans cause connue, un *frisson* suivi de chaleur.

Le 19. Douleur dans tout le ventre qui est météorisé, sensible à la pression; céphalalgie; constipation depuis cinq jours. (*Lavement, dont l'usage lui est habituel.*)

Le 20. Ventre encore tendu, sensible; langue blanche, peau chaude, pouls subfréquent. *On ne sent plus l'utérus;* écoulement lochial blanchâtre; grande agitation. (*Un second lavement est administré et soulage beaucoup la malade.*)

Le 22. Le mouvement fébrile a cessé; appétit; constipation; urine rougeâtre, limpide.

Le 23. État très-satisfaisant. Aujourd'hui, l'urine est jaune, un peu trouble.

Le 25. La malade n'éprouve plus de douleurs. Il ne lui reste qu'un peu de faiblesse. Le col utérin s'est reformé, il offre seulement un peu de mollesse.

Elle sort de l'hôpital.

Cette observation nous présente un cas type de la forme de métrite apyrétique et indolore : en effet, il offrait ce double caractère déjà avant l'entrée de la malade à l'hôpital, avant le neuvième jour. Ici, l'on ne peut donc pas objecter que l'on a assisté à la dernière période, à la convalescence de la maladie. Nous verrons, en traitant du diagnostic, sur quels symptômes nous nous fondons pour établir, dans ces cas, l'existence d'une métrite. Je signale sommairement le non-retrait de l'utérus, soit du corps, soit du col, qui n'a pas repris sa forme normale; les lochies sanguinolentes; cet état général de faiblesse, de malaise, etc. Pour cette malade, atteinte, depuis son premier accouchement, d'une métrite chronique, la seconde couche a été l'occasion d'une exacerbation de l'état morbide habituel.

Obs. VIII. — *Métrite compliquée de phlegmon du ligament large. Au dix-huitième jour de l'accouchement, absence de fièvre et de douleurs; l'utérus s'élève encore à trois travers de doigt au-dessus du pubis; induration profonde dans le ligament large droit. Au trentième*

jour, on ne perçoit plus aucune tuméfaction; *entérorrhée abondante.*

—M... (Catherine), âgée de 29 ans, domestique, rue de Thorigny, 40, entrée salle Saint-Vincent, n° 17, le 6 juillet 1846. Cette femme, d'une constitution assez forte, d'un tempérament lymphatico-sanguin, assez peu réglée, mais ayant néanmoins toujours joui d'une bonne santé, accoucha pour la première fois le 19 juin 1846, à la Maternité. Elle était au huitième mois de sa grossesse, habituellement occupée à frotter les parquets, lorsqu'elle fut prise de frisson avec douleur de bas ventre. Au bout de quatre jours, elle entra à l'hospice, où elle accoucha sans difficulté. Le jour même, on lui pratiqua une saignée. Les jours suivants, les coliques continuèrent avec une vive sensibilité de tout le ventre: on lui appliqua 30 sangsues sur l'abdomen, et on lui fit prendre des bains et des lavements. Elle sortit au bout de huit jours, ne souffrant plus, n'éprouvant que de la faiblesse. Rentrée chez ses maîtres, elle garda le lit à cause de nouvelles douleurs qu'elle ressentit dans le ventre. Un médecin lui ordonna deux purgatifs, qui déterminèrent, dit-elle, de vives coliques. Enfin, elle entra le 6 juillet à la Charité, où nous constatâmes l'état suivant:

Ventre souple, un peu météorisé, *insensible* à la pression; à la palpation de l'hypogastre, on reconnaît l'existence d'une tumeur qui s'élève sur la ligne médiane à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Elle est mousse, égale, *indolore*; elle se continue à droite et profondément avec une induration sous forme de tumeur transversale, de la grosseur du doigt, très-dure, et qui se perd dans la région iliaque après avoir présenté une étendue de $0^{m},04$ à $0^{m},05$. La malade dit ressentir, quand elle tousse, une douleur dans la région iliaque *gauche*, où l'on ne sent aucune espèce de tumeur. Les ganglions de la région, assez développés, n'offrent aucune sensibilité anormale. Le toucher vaginal fait reconnaître que le col utérin est bien reformé, conique, avec une fossette où s'enfonce le bout du doigt; il est *entièrement insensible*. On détermine aisément le ballottement de la tumeur hypogastrique. L'écoulement lochial est complétement arrêté depuis la sortie de la Maternité.

La malade urine *moins souvent* qu'avant sa maladie; elle se plaint de céphalalgie; langue normale, appétit; apyrexie, état général très-satisfaisant. (*Limon.*; *catapl. abdom.*; 1 *portion.*)

Le 8. Même état; constipation depuis l'entrée de la malade à l'hôpital. (*Poudre de scammonée,* 1 *gramme*; *bouil*

Le 9. Nausées et coliques vives, point de selle; les coliques persistent ce matin. (*Lavement.*)

Le 10. Le lavement a été rendu sans matières. (Nouvelle dose de scammonée; la malade refuse de la prendre à cause des coliques qu'elle continue à éprouver.)

Le 11. L'agitation et la douleur de ventre se calment; une selle dans la journée.

Le 12. Le corps utérin, ainsi que la corde qui en part, se sentent plus profondément que le premier jour; l'écoulement lochial n'a pas reparu; quelques coliques, légères douleurs dans les lombes; pesanteur de tête pendant la marche; grand appétit; apyrexie complète. (*Catapl.*; *limon.*, 1 *port.*)

Le 16. On continue à sentir profondément le corps utérin et la corde qui s'en détache: absence de douleur.

Le 20. On ne perçoit plus aucune espèce de tumeur dans le bas-ventre; il n'existe plus de tranchées. La malade, d'un caractère mou, ne se plaint que de céphalalgie; le ventre est gonflé, mais dépressible; urine jaune pâle, parfaitement limpide.

Le 25. La malade a renouvelé chaque jour ses plaintes de céphalalgie. Apyrexie complète; ventre volumineux, tendu; constipation.

Le 26. Dans la journée, il survient de nombreuses selles; les matières sont d'un blanc jaunâtre, entièrement liquides; point de vomissement. (*Catapl.*; *julep diacodé.*)

Le 27. Coliques, grand malaise; les matières rendues dans la journée remplissent tout un vase de nuit, et ont l'aspect d'un liquide séro-purulent. Agité avec de l'ammoniaque, ce liquide ne prend point la consistance visqueuse, particulière au pus ainsi traité. (*Catapl.*; *pot. avec laudan.* 12 *gouttes.*)

Le 28. Même état de malaise *sans fièvre*, langue rosée, appétit; ventre gonflé, météorisé, insensible à la pression; pas de trace de l'ancienne tumeur; plus de *trente selles* dans la journée, formées par un liquide semblable au précédent. (*Riz gommé*, *pot. laudan.*; *catapl.*)

Le 29. La malade n'accuse qu'un peu de faiblesse; encore un grand nombre de selles pareilles. (*Pot. avec laudan.* 15 *gouttes.*)

Le 31. Le dévoiement est moins abondant; état général très-satisfaisant. Quelques jours après, la guérison est complète.

Peut-on, dans ce cas, attribuer la métrite et sa complication aux occupations pénibles auxquelles cette fille était

assujettie pendant sa grossesse? Y doit-on chercher la cause de l'accouchement prématuré?

Ici encore l'affection semble avoir procédé par récidive; du moins a-t-elle offert une exacerbation, due sans doute au développement du phlegmon pelvien. On a vu avec quelle rapidité l'inflammation marcha vers la résolution, et à l'aide des moyens les plus simples. Une dernière circonstance qui mérite de fixer l'attention, c'est l'existence de ce flux intestinal insolite, si remarquable par son abondance, par la qualité du fluide excrété, et cela sans fièvre, sans trouble notable de l'économie.

Si le phlegmon pelvien n'eût été résous, on eût pu croire à la terminaison par suppuration et à l'ouverture du foyer dans l'intestin; mais, outre que la tumeur pelvienne avait disparu avant que l'excrétion intestinale eût commencé, l'examen chimique et microscopique du liquide des selles aurait suffi pour établir que ce liquide, bien qu'il eût l'aspect du pus, n'était point constitué par ce produit.

Obs. IX. — *Métrite compliquée de phlegmon pelvien; déchirure profonde du col de la matrice; le onzième jour de l'accouchement, il se développe un phlegmon iliaque; saignée, deux vésicatoires volants; résolution du phlegmon; l'utérus subit en deux jours un retrait de* 0m,07 *de diamètre vertical. Guérison complète le vingt-troisième jour.* — V... (Élisabeth), âgée de 19 ans, couturière, entrée salle Saint-Vincent, n° 32, le 10 janvier 1846. Cette jeune fille, d'une belle constitution, d'un tempérament lymphatique, d'une santé toujours bonne, bien réglée, accoucha pour la première fois et à terme le 3 janvier 1846, à la Maternité. La grossesse avait été exempte d'accidents. Pendant le travail, on lui pratiqua une saignée pour faciliter, *lui dit-on*, l'accouchement. Quatre jours après, elle ressentit de la douleur dans la région iliaque droite; on y appliqua 20 sangsues qui enlevèrent la douleur. Elle sortit le 10 janvier, bien remise; cependant elle voulut entrer à l'hôpital afin, dit-elle, de se reposer.

Le 10 janvier. *État actuel.* Le ventre est souple, nullement douloureux. On constate dans l'hypogastre la présence d'une tumeur globuleuse aplatie en avant, qui s'élève jusqu'à 0m,08 ou 0,09 au-des-

sus du pubis, sur la ligne médiane, où elle a le plus de hauteur; elle est dure, insensible à la pression; les suites de couches ont été normales, elle voit encore un peu en blanc; apyrexie.

Le 11. *Id.* (*Lavement, catapl. abdom.*; *limon.*, *bouillon*, *soupe.*)

Le 12. La tumeur hypogastrique a éprouvé un léger retrait, et ne s'élève plus qu'à $0^m,07$ au-dessus du pubis; constipation. (*Bout. de sedlitz*; *catapl.*)

Le 13. La malade a eu hier, à huit heures et demie du soir, un frisson de trois quarts d'heure de durée, suivi de chaleur et de sueur. Le purgatif n'a été administré que ce matin, et il a déjà déterminé deux selles.

La tumeur hypogastrique s'élève toujours à la même hauteur; mais, dans la région iliaque *droite*, où déjà hier elle s'étendait plus loin que du côté gauche, on sent de l'empâtement, et, par une palpation attentive, on parvient à percevoir, à deux ou trois travers de doigt au-dessus du milieu de l'aine, une tumeur assez dure, mal circonscrite, sensible à la pression. État général très-satisfaisant; pouls subfréquent, assez développé. (*Saignée de* 350 *gram.*, *vésicatoire sur la région iliaque gauche*; *limon.*, *diète.*)

Cinq heures du soir. La malade sommeille, elle se trouve assez bien. 110 pulsations assez développées; sang de la saignée couenneux. Voici ce qu'apprend le toucher vaginal : Le vagin est chaud, le col de l'utérus situé très-haut; à gauche, au-dessous de la commissure des deux lèvres du museau de tanche, il existe une déchirure profonde de $0^m,015$ et comprenant toute l'épaisseur de la lèvre encore hypertrophiée. Les deux angles de l'entaillure sont mobiles, le supérieur surtout, qui forme un lambeau conique, pointu. L'orifice admet facilement l'extrémité de l'index; le ballottement s'exerce sans peine.

Le 14. La malade a dormi, elle ne souffre point; apyrexie, même état du bas-ventre, sensibilité à la pression de la fosse iliaque droite. (*Limon.*; *catapl.*)

Le 15. Apyrexie; la malade n'accuse aucune douleur. On sent, dans la région iliaque droite, une tumeur dure, profondément située, du volume d'une petite noix, sensible au toucher. (*Vésic. volant sur la région iliaque droite.*)

Le 16. La malade se plaint d'une douleur au siége causée par une éruption; nous constatons, en effet, à la partie interne des deux fesses, la présence de six ou sept petites pustules, recouvertes de croûtes brunâtres, arrondies ou elliptiques, entourées d'une rougeur assez vive (impetigo). On ne reconnaît pas

aujourd'hui d'une manière précise l'existence de la tumeur iliaque; seulement le globe utérin se prolonge plus à droite qu'à gauche. (*Limonade; cataplasme; bouillon, soupe.*)

Le 18. L'état général continue à être des plus satisfaisants. La mensuration nous donne aujourd'ui 0m,09 pour la hauteur verticale de l'utérus au-dessus de la symphyse pubienne. On sent à droite, au-dessus du milieu de l'aine, une tumeur qui paraît avoir 0m,02 de hauteur; il est difficile de décider si elle est indépendante de la tumeur hypogastrique. Appétit, apyrexie.

Le 20. On ne sent plus le fond de la tumeur utérine *qu'à* 0m,02 *au-dessus du pubis*; de là une induration profonde se prolonge à droite.

Le 25. Il n'existe plus de trace de la tumeur hypogastrique; on ne sent également aucun vestige de l'induration perçue dans la fosse iliaque.

Le 26. La malade, un peu pâle et anémique, mais dont toutes les fonctions s'exécutent parfaitement, quitte l'hôpital.

Dans cette intéressante observation, nous avons vu poindre sous nos yeux le phlegmon pelvien : son début est marqué le onzième jour par du frisson; il se développe et se résout rapidement. Remarquons cependant que, dès le quatrième jour des couches, la malade avait ressenti de la douleur dans la région iliaque droite, prodrome de l'affection qui se manifesta plus tard. Nous avons déjà signalé dans d'autres cas les effets de la déchirure du col utérin, de même que l'augmentation momentanée du volume de la matrice sous l'influence de la phlegmasie voisine, et sa prompte diminution. En établissant le traitement de cette maladie, nous aurons à insister sur les avantages de la méthode thérapeutique qui a été employée ici avec tant de succès.

(*La suite au prochain numéro.*)

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LE TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES FAUX CONSÉCUTIFS DU PLI DU BRAS ;

Par M. COFFIN, *interne des hôpitaux.*

Si nous parcourons les divers auteurs qui ont écrit sur les anévrysmes, nous trouvons bien longuement énoncées les règles à suivre dans le traitement des anévrysmes externes non ouverts; mais nulle part (du moins dans les traités généraux), nous ne voyons tracée la conduite du chirurgien dans les cas d'anévrysmes ouverts intempestivement. Cependant, depuis quelques années, les exemples de ce genre se multiplient, et nous en avons eu récemment deux sous les yeux. MM. Nélaton et Voillemier, témoins de ces faits, ont bien voulu me communiquer ce qu'ils avaient observé dans leur pratique, et ils ont émis quelques principes propres à diriger le chirurgien dans le traitement de ces lésions.

Ne voulant point imiter la conduite de la plupart des autres observateurs qui, oubliant que les insuccès peuvent quelquefois être plus utiles à la science que les succès, cachent avec soin les cas malheureux et ne publient que leurs réussites, ils m'ont engagé à publier avec toute l'exactitude possible un cas très-curieux qui venait de se passer sous nos yeux : c'est ce que je tâcherai de faire après avoir exposé quelques considérations dont j'ai puisé les principes dans les leçons de MM. Nélaton et Voillemier. Si quelques erreurs se glissent dans ce travail, à moi doit en revenir tout le blâme, pour ne pas avoir su interpréter convenablement les leçons de mes maîtres.

Deux considérations principales me paraissent dominer toute la question ; je vais tenter de les énoncer et de les développer successivement, en m'aidant surtout des conseils de M. Nélaton.

1° Dans les anévrysmes faux consécutifs ouverts, ni la méthode de Hunter ni la compression ne sont applicables.

« L'oblitération de l'artère malade dans le lieu de l'anévrysme, et à une certaine distance au delà, est, dans le cas d'anévrysme faux consécutif, et dans les autres cas de la même maladie, la condition sans laquelle il n'y a pas de guérison, » a dit Boyer; plus loin, il ajoute :

« Quant à l'opération, c'est-à-dire à la ligature de l'artère, elle doit être pratiquée absolument de la même manière que dans le cas d'anévrysme vrai. Nous ferons remarquer seulement que l'ancienne et la nouvelle méthode y sont également applicables; mais qu'à moins de raisons particulières qu'il est difficile de déterminer, on doit préférer la première, parce que, l'artère étant saine et l'ouverture de peu d'étendue, les ligatures peuvent être placées à une très-petite distance l'une de l'autre, et ne comprendre aucune des collatérales. »

Dans ce passage, il est facile de voir que Boyer n'avait point prévu le cas sur lequel nous insistons; car alors il l'eût déterminé d'une manière précise. M. Marjolin et A. Bérard, dans le *Dictionnaire de médecine*, ont pressenti la question, mais ils ne l'ont point traitée d'une manière positive. Ils penchent, au contraire, pour l'emploi général de la méthode de Hunter; car, disent-ils, « nous pensons qu'il ne faut employer la méthode ancienne pour les anévrysmes faux consécutifs, au-dessus desquels on peut employer la compression, que dans deux cas : 1° quand la tumeur est douloureuse et sur le point de se rompre; 2° lorsque déjà une fissure ou une eschare existe à la tumeur. M. Roux, ayant lié l'artère brachiale à la partie moyenne, pour un anévrysme faux consécutif situé au pli du bras, et dont la rupture avait eu lieu à la suite d'une eschare gangréneuse, vit l'hémorrhagie continuer immédiatement après l'application de la ligature; il fut obligé d'ouvrir à l'instant même la tumeur, et de lier l'artère au-dessus et au-dessous de la blessure. » Ces messieurs disent : ce fait

prouve rien contre l'utilité de la méthode moderne dans le traitement des anévrysmes faux consécutifs, et cependant ils ajoutent : « La crevasse qui existait avant l'opération était une condition qui devait empêcher la formation du coagulum dans la poche anévrysmale. » C'est sur l'impossibilité de formation d'un coagulum dans tous les cas analogues que nous insistons pour établir qu'il faut rejeter, dans tous les anévrysmes ouverts, l'emploi des méthodes dites nouvelles ; et l'observation de M. Roux ne vient que corroborer nos idées à ce sujet.

Toutes les fois que la poche anévrysmale sera ouverte à la suite d'une incision intempestive ou à la suite d'un travail inflammatoire consécutif, nous sommes forcé d'admettre qu'il n'y a aucune tendance à la cicatrisation de la plaie extérieure ; car, dans tous ces cas d'anévrysmes ouverts intempestivement, à moins qu'ils n'aient été ponctionnés, nous avons toujours vu un travail inflammatoire s'établir, soit par suite de la présence de l'air, soit par toute autre cause. Mais toujours ces anévrysmes ouverts par le chirurgien se sont bientôt trouvés dans les conditions d'anévrysmes ouverts spontanément, et dans les deux cas des fluides puriformes sont venus empêcher toute tendance à l'adhésion.

L'existence de cette fistule anévrysmale, si je puis m'exprimer ainsi, étant une fois admise, comment pourrait-on alors comprendre la formation d'un caillot permanent et organisable et dans le calibre artériel et dans la poche ? Deux circonstances se présentent ; ou bien il n'y aura aucune formation de caillot ; le sang s'écoulera peu à peu et l'hémorrhagie fera succomber le malade si le chirurgien n'agit rapidement ; ou bien ce sang s'épanchera d'abord dans la poche où il se coagulera en partie ; mais bientôt par diverses circonstances, ce caillot se décomposera, il s'y mélangera du pus, il dégagera une forte odeur sulfureuse, comme nous le verrons plus bas, et il sera éliminé. En même temps, une nouvelle quantité de sang s'é-

panchera, sortira de suite au dehors, ou subira les mêmes transformations.

Un fait exceptionnel pourrait cependant se présenter si l'ouverture artérielle se faisait dans un diverticulum de la poche principale ; ne pourrait-il pas se faire que le caillot placé dans le diverticulum pût s'organiser, prendre adhérence avec les parties voisines, et oblitérer l'artère avant que le travail de désorganisation fût arrivé jusqu'à lui ?

Comme en employant les méthodes de Hunter ou de Brasdor, les compressions au-dessus ou au-dessous ou sur la tumeur, le chirurgien n'a d'autre intention que d'obtenir la formation d'un caillot et dans la poche et dans le calibre de l'artère ; comme la formation et la persistance pendant quelque temps de ce caillot sont impossibles, toutes les fois que le sang peut librement s'épancher au dehors, nous sommes forcés d'avoir recours à une autre méthode ; et en faisant abstraction des deux faits de guérison de plaie artérielle obtenus par MM. Nélaton et Voillemier, nous poserons notre deuxième principe.

2° Dans tous les cas d'anévrysmes ouverts et en voie de suppuration, il faudra revenir à la méthode de Paul d'Égine, et se conduire comme si l'on avait affaire à une blessure artérielle. On devra ouvrir la poche, aller à la recherche de l'artère ouverte, la lier au-dessus et au-dessous de la blessure, quelles que soient la longueur et les difficultés de l'opération.

On nous objectera que l'artère elle-même pourra être malade près de l'ouverture artérielle, et qu'alors elle sera coupée prématurément par la ligature. Ce n'est pas seulement près de l'ouverture artérielle que l'artère sera malade, mais encore dans tous les points qui seront en rapport avec le sac anévrysmal enflammé. Ainsi, dans l'observation que nous publions, l'artère aurait été malade dans une étendue de 13 centimètres ; il aurait donc fallu placer chaque ligature à 6 centimètres au-dessous de l'ouverture. Mais par combien

d'anastomoses le retour du sang ne peut-il pas être possible au siége de la maladie? Nous ne croyons point que les craintes que l'on peut avoir à ce sujet soient fondées sur l'observation. Chez la malade qui fait le sujet de notre observation, l'anévrysme est resté ouvert vingt-trois jours, et à l'autopsie les parois artérielles non-seulement ne nous ont point paru malades dans toute l'étendue de la tumeur, c'est-à-dire dans un espace de 13 centimètres, mais encore à peine si, un demi-centimètre au-dessous de la seconde ligature, elles paraissaient altérées, et cela trois jours après la troisième opération. Dans le cas appartenant à M. Voillemier que nous avons cité dans notre travail, la tumeur anévrysmale est restée ouverte près de vingt jours, et non-seulement les parois artérielles n'étaient pas malades, mais encore elles s'étaient cicatrisées. Nous ajouterons qu'une fois que les principes par nous exposés seront reconnus et admis, on n'attendra plus aussi longtemps pour procéder à l'opération, et alors toutes les craintes que l'on pourrait avoir sur l'altération des parois artérielles seront vaines dès qu'on les opérera aussitôt après l'ouverture de l'anévrysme.

Une dernière considération qui frappera tout le monde, comme elle m'a frappé, c'est qu'on ne trouve jamais de caillots en voie d'organisation dans le calibre d'une artère en contact avec un anévrysme dont l'ouverture a causé la mort du malade. Et cependant Sanson, dans sa thèse sur les hémorrhagies consécutives, a dit en parlant de l'inflammation des artères sur lesquelles on a mis des ligatures d'attente :

« Lorsque l'inflammation siége dans les tuniques, on conçoit que son influence sur la cessation spontanée de l'hémorrhagie doive être plutôt salutaire que nuisible, par la propagation de l'inflammation qui a lieu de l'extérieur à l'intérieur. Un homme à qui on avait placé une ligature d'attente autour de l'artère carotide étant mort, on trouva dans l'intérieur de ce vaisseau un petit caillot adhérent au point correspondant

à celui vers lequel la ligature avait été en contact avec ses parois. »

Tous les faits qu'a pu observer M. Nélaton lui font penser que l'inflammation se propage, plus difficilement qu'on ne le croit aujourd'hui, des parties malades aux artères voisines, et plus difficilement aussi leur communique cette friabilité dont parlent tous les auteurs.

Ce chirurgien enleva dernièrement un ganglion affecté d'induration chronique de l'aisselle d'un jeune élève en médecine : la plaie était en pleine voie de suppuration depuis quatre jours, lorsqu'on vint le chercher pour une hémorrhagie consécutive qui avait fait perdre au malade une énorme quantité de sang. M. Nélaton trouva au milieu de la plaie suppurante une petite artère béante ; il la lia, elle ne se coupa point sous son fil, et la guérison se fit sans nouvelle hémorrhagie.

Mais je crois que l'observation suivante jettera un nouveau jour sur les points que je viens d'indiquer, et leur servira de confirmation.

Observation.— Le 22 mars 1847, entre à l'hôpital des Cliniques une jeune femme nommée Garnier (Marie), âgée de 21 ans, venant de Montilly, département de la Mayenne, pour y être traitée d'un anévrysme faux consécutif du pli du coude du côté droit. C'est une femme de haute stature, ayant les membres longs et grêles, d'une constitution peu vigoureuse, d'un tempérament lymphatico-sanguin ; sa peau est fine, mais d'une saleté repoussante ; ses pommettes sont habituellement colorées ; elle ne porte aucune cicatrice apparente, et n'a point eu d'engorgements ganglionnaires dans son enfance ; son intelligence est très-médiocrement développée. Elle n'a jamais eu de maladie des organes respiratoires ou digestifs ; les sens, la sensibilité tactile, les mouvements, sont intacts, et les diverses sécrétions normales. Depuis l'âge de seize ans, elle est réglée régulièrement vers le 27 de chaque mois. Elle n'est pas mariée, dit n'avoir jamais eu d'enfants : l'autopsie nous a démontré quelle était la valeur de ce renseignement.

La malade n'a jamais eu de fièvres intermittentes, à moins que nous ne rapportions à cette maladie ce qu'elle a éprouvé il y a

quatre mois, époque à laquelle elle fut prise, du côté gauche, de douleurs assez vives existant à la partie externe du thorax, au niveau des trois dernières fausses côtes, et remontant jusque dans l'aisselle. En même temps, elle fut prise de frissons qui revenaient surtout le soir et duraient plus de quatre heures; ces frissons n'étaient suivis ni de chaleur ni de sueurs, et la malade pouvait dormir le reste de la nuit. Au bout de huit jours, on lui mit un cataplasme de farine de graine de lin au point douloureux. La douleur se fit alors sentir dans l'épaule et dans le sein du côté gauche; la malade éprouva un peu de dyspnée, mais ne toussa point. Pendant deux mois, elle resta dans le même état, le frisson revenant tous les jours, si ce n'est que deux fois elle resta cinq jours sans qu'il apparût, et chaque retour fut précédé de palpitations sur lesquelles je n'ai pu avoir aucun renseignement.

Ce fut à cette époque, c'est-à-dire deux mois après le commencement de sa maladie, qu'un médecin conseilla une saignée, qui fut pratiquée par une sage-femme le 20 janvier 1847. La sage-femme piqua une première fois le bras, et il en sortit quelques gouttes de sang noir; elle prétendit que la graisse arrêtait le sang et elle ponctionna de nouveau. Il sortit de la piqûre un jet de sang bien rouge qui s'élança au loin, et on remarqua, au dire de la malade, *que le sang allait par sauts*; cependant, aussitôt que la ligature a été enlevée, le sang s'est arrêté de suite. Le lendemain, l'avant-bras était enflé depuis le pli du coude jusqu'au poignet; il fut immergé dans de l'eau de mauve, et au bout de huit jours il n'y avait plus au pli du bras qu'une tumeur *dure comme un os* et deux fois *grosse comme le bout du pouce*, qui s'étendait du pli du coude à deux travers de doigt au-dessus de ce pli, mais en tournant un peu en dedans. La malade n'en continua pas moins d'avoir des frissons, mais frissons suivis de chaleur, qui ne revinrent plus tous les jours et n'eurent rien de régulier dans leur apparition.

Pendant tout le mois de février, elle se servit de son bras, mais pas comme du gauche, parce qu'il lui faisait encore mal. Au mois de mars, elle commença à souffrir davantage; la tumeur reprit peu à peu de l'accroissement. On lui fit faire d'abord des applications simples d'eau végéto-minérale sur le bras, pendant cinq ou six jours. Vers le 10 mars, on lui fit des fomentations émollientes, et on lui appliqua des cataplasmes arrosés d'extrait de saturne.

Le vendredi 19 mars, un médecin, pensant trouver dans la

tumeur de la fluctuation sans battements et sans bruit appréciable à l'oreille, fit une incision d'un centimètre de longueur tout à fait à la partie interne du pli du coude. Il n'en sortit qu'un jet de sang, qu'il arrêta de suite en appliquant sur la piqûre un peu d'amadou et un bandage roulé, et il conseilla d'amener la malade à Paris.

Entrée dans les salles de la Clinique le lundi 22 mars, voici dans quel état elle se présente à notre observation: la tumeur ne cause aucune douleur à la malade, si ce n'est un peu au niveau de l'incision; elle ne souffre point du tout dans l'avant-bras ni dans la partie du bras située au-dessus de la tumeur; au niveau même de la tumeur, la malade ne sent aucun battement.

Aspect. L'avant-bras est œdématié, la partie externe du coude est à l'état normal; à la partie interne, il n'existe pas une tumeur parfaitement circonscrite, mais le bras a triplé de volume. Si nous cherchons à apprécier ce volume, nous trouvons de l'angle antérieur de l'acromion à la limite supérieure de la tumeur 21 centimètres; la longueur de la tumeur est de 13 centimètres; de la limite inférieure de la tumeur à l'extrémité de l'apophyse styloïde du cubitus, 14,5 centimètres.

Cette tuméfaction plutôt que cette tumeur occupe donc les trente centièmes, presque le tiers, de la longueur du bras et de l'avant-bras réunis.

Circonférence du bras droit dans le point le plus volumineux, au niveau du sommet de l'olécrâne, 36 centim. (du bras gauche au même niveau, 22 centim.).

— Trois travers de doigt au-dessus de la tumeur, 29 centim. (bras gauche, 21 centim.).

— Trois travers de doigt au-dessous de la tumeur, 32 centim. (bras gauche, 21 centim.).

— Immédiatement au-dessus de la tumeur, dans les parties saines, 23 centim.

— Immédiatement au-dessous de la tumeur, 23,5 centim.

Il suit de là que le bras malade a, au lieu de la maladie, 14 centimètres de circonférence de plus que le côté sain, au point correspondant.

Il n'y a point de changement de couleur à la peau du bras malade; ses veines ne sont point développées. A la partie interne du pli du bras, un peu au-dessus de l'épitrochlée, nous trouvons une incision oblique de dedans en dehors et de haut en bas qui nous

paraît assez profonde, et de laquelle s'écoule peu de sang. Au toucher, la tumeur est dure, rénitente, non fluctuante; on n'y sent point de battements. Les battements de l'artère radiale ne sont point appréciables.

Le stéthoscope, appliqué sur la tumeur à 2 centimètres en haut en dehors de l'incision, donne un bruit de souffle continu accompagnant les battements de l'artère. A l'entrée de ce vaisseau dans la tumeur, on entend ces battements un peu secs, non accompagnés de bruit de souffle, bruit de souffle que nous ne pouvons constater que dans le point indiqué plus haut.

La respiration est facile; nous comptons 22 inspirations à la minute. La percussion nous donne dans toute l'étendue de la poitrine une sonorité normale.

Auscultation. La respiration est bonne à droite; à gauche, l'inspiration est franche, mais l'expiration se prolonge; elle se fait pour ainsi dire en deux temps. Nous n'entendons aucun bruit anormal, rien d'anormal du côté du cœur; le pouls bat 96 fois à la minute; rien dans les carotides; rien dans les organes digestifs, si ce n'est une perte d'appétit; point de mal de tête.

Le 24 mars. L'état général est tel que nous l'avons décrit hier. Au moment où l'on enlève le pansement, il s'écoule de la plaie un sang assez rose qui continue à couler en assez grande abondance. On comprime un instant l'artère humérale, et l'on fait autour du bras un bandage modérément serré qui est bientôt teint de sang. La malade est amenée à l'amphithéâtre. M. Voillemier remarque, comme nous l'avons dit plus haut, qu'on ne sent point de battements aux artères radiales et cubitales.

La face externe du bras étant appuyée sur un coussin, l'avant-bras et la main étant portés en haut et maintenus par un aide, M. Voillemier s'assure du bord interne du biceps; une fois reconnu, il fait dans sa direction une incision de 8 à 10 centimètres de longueur. Il tombe sur un tissu cellulo-graisseux abondant, puis sur une aponévrose assez faible qu'il incise sur la sonde cannelée; le bord interne du biceps est alors découvert. M. Voillemier tente, mais en vain, de sentir les battements de l'artère; il est obligé alors de redoubler de précautions. Il trouve le cordon des nerfs et vaisseaux sous le bord interne du biceps: ce bord est relevé. M. Voillemier, guidé exclusivement par l'aspect des parties, parvient à séparer du cordon un vaisseau qu'il attire en dedans, tandis que le reste de la masse, nerfs et veines, est reporté en dehors avec

le muscle. Le vaisseau est placé sur une sonde cannelée, un fil est passé au-dessous, la sonde est retirée : plusieurs personnes peuvent sentir, entre le fil et le doigt, les battements de l'artère, qui est liée aussitôt.

Pendant l'opération, aucun vaisseau important n'a été ouvert : il ne s'est écoulé que très-peu de sang, et la plaie est pansée promptement.

M. Voillemier presse sur la tumeur, et fait sortir, par l'incision qui avait été faite le 20 mars, une petite quantité de sang. Cette plaie ayant été recouverte d'un linge cératé et d'une compresse, on enveloppe le bras dans une couverture, et la malade est reportée à son lit.

Le 24, au soir. Le bras de la malade ne s'est pas sensiblement refroidi; la malade n'a perdu ni mouvement ni sensibilité, elle n'a éprouvé dans cette partie du corps aucune sensation anormale.

Le 25 et le 26. Le bras reste chaud, mais la face de la malade s'injecte; le pouls est accéléré, il bat 130 fois à la minute ; la soif n'est cependant pas très-vive. Une constipation opiniâtre ne peut être vaincue que par une dose assez forte de scammonée. La malade est allée à la selle le 26. La face devient moins injectée, et le pouls est descendu à 112 pulsations ; point de frissons. M. Voillemier fait sortir du bras deux cuillerées d'un sang fétide et noirâtre mêlé de quelques petits caillots ; il ne continue pas les pressions pour ne pas déboucher intempestivement quelque vaisseau.

Le 27. Même état que la veille. M. Voillemier agrandit l'ouverture faite, le 20 mars, par le médecin de Mantilly, et lui donne 3 centimètres de longueur à peu près; par cette voie, il fait sortir 2 centigrammes d'un sang noirâtre et sanieux mêlé de caillots. Un de ces caillots a le volume d'un petit œuf ; il n'est point homogène, il est foliacé, et l'extrémité des découpures est formée de fibrine décolorée. On remarque dans la masse des stries jaunâtres que le microscope nous démontre être formées par du pus ; ce sang répand une forte odeur d'acide sulfureux.

Le 28. La malade se trouve bien, mais la peau est plus chaude que la veille ; le pouls est revenu à 130 pulsations sans que rien puisse nous expliquer cette élévation nouvelle. On fait sortir quelques cuillerées d'un pus sanieux par l'ouverture.

Le 29. Même état général; mais, de plus, le malade a senti quelques douleurs dans le bras malade et dans l'aisselle du côté correspondant. M. Voillemier enlève l'appareil qui, depuis le 24, recou-

vre la plaie de la ligature. La partie supérieure de l'incision est réunie; mais à la partie inférieure, il s'écoule le long des fils une certaine quantité de pus ; tout autour existe une rougeur qui n'est point érysipélateuse, mais qui est plutôt disposée en traînées.

Le pourtour de l'incision du 20 mars présente aussi de la rougeur ; par cette incision s'écoule une cuillerée d'un pus sanieux et fétide. Il existe dans l'aisselle un ganglion induré et douloureux.

Quant au bras en totalité, il a un peu diminué de volume. On ordonne seulement des cataplasmes dans l'aisselle et sur les deux incisions.

Le 30. La malade se trouve beaucoup mieux; la rougeur et la douleur ont diminué dans le bras et dans l'aisselle, mais en pressant sur le bras, on fait sortir du pus par les deux incisions. La ligature tombe dans la nuit du 30 au 31.

Le même état continue jusqu'au 3 avril; mais le 3 avril, au commencement de la visite, on vint nous avertir qu'une hémorrhagie venait de se déclarer chez la malade n° 13, et M. Nélaton. qui avait pris le service au 1er avril, se transporta immédiatement à son lit.

Il s'est écoulé une quantité de sang vermeil qu'il nous a été impossible d'apprécier même approximativement ; ce sang s'écoule par l'ouverture inférieure. Les deux artères radiale et cubitale ont repris leurs battements.

Pour arrêter l'écoulement du sang, M. Nélaton établit une compression dans l'aisselle, avec les doigts d'abord, puis avec le tourniquet de J.-L. Petit ; mais, comme cet instrument ne peut prendre de point d'appui que sur des tissus enflammés, infiltrés de pus et de gaz putrides, cette compression ne peut être employée que comme un moyen hémostatique provisoire. M. Nélaton, considérant que la compression de l'artère sous-clavière arrête immédiatement l'écoulement sanguin, et ignorant d'ailleurs si le sang sortait de la plaie artérielle qui avait donné lieu à l'anévrysme, ou s'il résultait de la section prématurée de l'artère dans le point où M. Voillemier avait pratiqué la ligature par la méthode d'Anel, se décida immédiatement à faire une ligature de l'artère sous-clavière. Une veine ouverte après la division des fibres du grand pectoral fournit une quantité de sang assez considérable qui remplissait incessamment la cavité profonde dans laquelle il fallait chercher l'artère ; cette veine fut liée. Un nerf et une petite artère embarrassant l'opérateur, il coupe le nerf et lie l'artère, puis la

coupe également. Un cordon se présente, il montre les pulsations caractéristiques : M. Nélaton le lie, mais il s'aperçoit immédiatement que l'hémorrhagie continue, et que les artères radiale et cubitale continuent à battre. Il défait la ligature, et reconnaît que le cordon qu'il a lié n'est autre chose qu'un nerf qui recouvre l'artère elle-même. La ligature est faite définitivement; l'hémorrhagie s'arrête ainsi que les pulsations des artères radiale et cubitale. Un quart d'heure après l'opération, le bras était froid, et ne s'est échauffé que quatre heures après. La malade a eu plusieurs lipothymies dans la journée; le bras a repris le volume qu'il avait avant la première opération faite par M. Voillemier.

Du 4 au 9 avril, la malade est dans un état assez satisfaisant; la peau, cependant, est chaude, et le pouls est à 130 pulsations; elle tousse depuis qu'elle a été portée à l'amphithéâtre, et elle expectore quelques crachats muqueux. Du côté du bras, nous n'avons rien de nouveau à noter, si ce n'est qu'une suppuration assez considérable existe dans un trajet partant de l'incision faite le 24 mars par M. Voillemier et se dirigeant vers l'aisselle.

Le 9. Au matin, une hémorrhagie reparaît; un caillot est détaché de la plaie inférieure, et un jet de sang assez vermeil est lancé à un pied de distance. La poche est vidée rapidement, et un bandage compressif est établi. Une heure après, au moment de la visite, la partie extérieure de l'appareil n'est point tachée de sang. M. Nélaton, pensant que ce sang peut avoir été fourni par une artériole dilatée qui aurait été ensuite oblitérée par un caillot, reste dans l'expectation, d'autant plus qu'il ne trouve aucun battement dans les artères radiale et cubitale.

Vers une heure, une nouvelle hémorrhagie se montre; l'appareil et une partie du lit sont imbibés de sang. On rétablit un bandage compressif plus fortement serré.

A trois heures, nouvelle hémorrhagie qui imbibe tout l'appareil et l'alèze qui supporte le bras. A six heures du soir, MM. Nélaton et Gerdy arrivent à l'hôpital : l'hémorrhagie n'a pas fait de nouveaux progrès; le bandage est enlevé, et il s'écoule de la plaie une petite quantité de sang vermeil. Les deux chirurgiens se décident à faire la ligature des deux bouts de l'artère au lieu même de la plaie artérielle. On fait respirer de l'éther à la malade pendant deux minutes environ : elle tombe dans l'assoupissement, et on enlève l'appareil à éther. On commence l'opération; l'assoupissement cesse, et on n'en continue pas moins l'opération sans faire respirer à la malade une nouvelle quantité d'éther.

M. Nélaton agrandit l'ouverture existant déjà à la partie interne du pli du trajet par laquelle avait été retirée une grande quantité de caillots. En écartant les lèvres de cette vaste plaie, on découvre une excavation s'étendant en haut à une assez grande distance en suivant le trajet des vaisseaux. Plusieurs caillots fibrineux sont enlevés. Le sac ayant été nettoyé, on vit les muscles disséqués ainsi que les parties voisines, et recouverts d'une couche noirâtre. Au milieu et au fond de cette excavation, on voyait un cordon saillant dans la direction connue des artères, et vers le tiers inférieur de ce cordon, un peu latéralement, une petite ouverture ronde de 2 millimètres de diamètre, correspondant parfaitement à la cicatrice de la peau. Par cette ouverture, sortait un sang vermeil qui coulait en bavant. Le nerf médian est isolé et porté en dehors; on isole l'artère de ses veines satellites et on passe une première ligature à 1 centimètre au-dessus de l'ouverture artérielle : l'écoulement de sang persiste toujours sans qu'on y remarque le moindre changement. M. Nélaton passe une nouvelle ligature à 1 centimètre au-dessous de l'ouverture artérielle, et le sang s'arrête immédiatement. On lave la plaie et l'on fait une contre-ouverture à la partie la plus déclive du foyer, au-dessous et en arrière de l'épitrochlée. Une mèche est passée dans cette ouverture, et l'on établit sur le tout un pansement légèrement compressif.

La malade est, après l'opération, dans un état de faiblesse extrême; elle a des lipothymies continuelles. Les carotides sont auscultées, et l'on n'y trouve cependant pas un bruit de souffle bien caractérisé; le bras est froid. La malade est prise d'une sueur froide qui dure pendant deux heures.

Vers une heure du matin, le bras se réchauffe; la malade continue à suer beaucoup : on lui donne des préparations de quinquina.

Le 10. La malade est dans un état de prostration extrême; son pouls est presque misérable, il bat toujours 130 fois à la minute; la face est complétement anémique. Cependant, sauf un peu de toux qui la fatigue, la malade se trouve assez bien.

Le 11. Prostration extrême, les yeux sont caves; le teint n'est plus décoloré, mais il est jaune et blafard. La malade a des frissons répétés et irréguliers, son pouls est petit et très-rapide; la respiration est anxieuse, et la malade se plaint d'un point de côté du côté droit. Nous constatons en arrière de la matité et du râle

crépitant fin au niveau de la partie postérieure de la quatrième côte. M. Nélaton insiste sur les préparations de quinquina, et fait placer un vésicatoire à la partie postérieure de la poitrine.

Le 12. La face de la malade est de plus en plus altérée; sa respiration est tellement anxieuse que nous comptons 54 inspirations dans une minute. La peau est froide; le pouls est misérable, et il ne nous est point donné de pouvoir constater le nombre des pulsations. Nous ne voulons point ausculter la malade pour ne point augmenter ses souffrances en la remuant, nous attendant à ce qu'elle succomberait bientôt. Elle meurt, en effet, le 13 au matin.

Autopsie. — On commence par examiner les viscères abdominaux, et l'on ne trouve rien dans le foie, la rate, les reins, ni dans le péritoine. Dans la poitrine, un verre de sérosité citrine à droite; à gauche, quelques adhérences entre la partie inférieure et postérieure de la plèvre costale et la plèvre pariétale. A la partie postérieure du poumon gauche, dans le lobe inférieur surtout, toutes les lésions caractéristiques de l'hypostase; à droite, le lobe inférieur est rouge, dur, non crépitant. On le déchire facilement avec le doigt, et il s'en écoule une grande quantité de sérosité spumeuse. Dans le sillon qui sépare le lobe inférieur du lobe moyen, sous la plèvre, à la surface du poumon, existe un petit abcès métastatique du volume d'un pois, entouré d'une infiltration de sang qui s'étendait à près de 1 centimètre au delà; près de ce petit abcès, nous en voyons deux autres du volume d'un grain de millet.

La malade ne s'est plainte d'aucune douleur dans les articulations; on en ouvre cependant quelques-unes et on les trouve saines. L'utérus, bien que la femme ait dit n'avoir jamais eu d'enfant, nous présente un col épais, irrégulier et frangé, entr'ouvert; le corps de l'utérus lui-même est plié à angle droit sur le col et un peu incliné à droite.

Examen du bras. — Plaies. La plaie supérieure présente l'aspect grenu et homogène d'une plaie en voie de cicatrisation.

La plaie du pli du bras, au contraire, présente à son intérieur une surface noire : elle forme une vaste poche qui remonte en haut entre les muscles biceps, brachial antérieur et coraco-brachial en dehors, et le vaste interne en dedans, presque jusque dans la cavité de l'aisselle; mais la cavité axillaire elle-même est saine. Cette poche descend à l'avant-bras jusque vers la moitié du membre à peu près. Je n'ai pas pu étudier avec soin les muscles qui forment les parois de la poche; mais ce que j'ai pu constater, c'est qu'elle ne faisait pas que suivre le trajet des vaisseaux.

Le cordon des vaisseaux et nerfs n'était point flottant au milieu de la cavité, mais il adhérait au fond de l'excavation ; il était fortement retenu par des parties indurées qui criaient sous le scalpel et qu'il était fort difficile de séparer pour isoler les artères et les veines.

Artères. — Artère axillaire. Ligature faite par M. Nélaton le 1er avril. La ligature n'est point encore tombée. Voyons d'abord ce qui existe au-dessus de cette ligature. La paroi artérielle paraît complétement coupée; entre le fil et la limite de ces parois, existe un corps noir de 3 millimètres de hauteur, formé par l'extrémité inférieure d'un caillot externe alors à l'artère. Si avec une épingle nous voulons enlever la surface de ce caillot, nous la trouvons recouverte d'une pellicule fort mince qui doit appartenir à la membrane externe de l'artère.

Si nous fendons l'artère, nous trouvons à son intérieur un caillot conique de 2 centimètres de long, dur, en contact et adhérent aux parois artérielles dans la moitié de son étendue, paraissant contourné en vrille. Je n'ai pas encore pu m'assurer si le caillot était réellement formé par de la fibrine contournée en vrille ou par des couches stratifiées obliques. C'est une question que je me réserve d'examiner plus tard.

La base de ce caillot est tournée en bas, et à la partie inférieure apparaît au dehors avant d'avoir ouvert l'artère, comme je l'ai dit plus haut: quant au sommet, il est libre dans la cavité de l'artère, et il se termine par une pointe aiguë. Ce caillot n'est point décoloré.

L'artère offre son volume normal, et les parois ne me présentent rien à noter, ni comme structure ni comme friabilité.

Si nous examinons la partie située au-dessous de la ligature, nous trouvons que la ligature et les parois artérielles sont exactement en contact. Dans l'artère, nous trouvons un caillot fibrineux complétement décoloré, dur, adhérent, du volume d'une petite lentille, et du centre de cette lentille part un autre caillot fibrineux, rubané, de 10 centimètres de long sur 2 millimètres de large; il n'est pas encore complétement décoloré.

Le diamètre de l'artère, d'abord normal presque immédiatement au-dessous de la ligature, diminue peu à peu, et à la distance de 10 centimètres il n'est plus que de 2 millimètres ; il reste tel jusqu'à la ligature faite par M. Voillemier le 24 mars. De nombreuses collatérales s'ouvrent dans l'espace que nous venons de décrire : elles ne présentent point de caillot ni à leur embouchure, ni dans leur calibre, aussi loin que j'ai pu les suivre.

Examen de l'artère au point de la ligature du 24 mars. — Les deux bouts de l'artère sont éloignés l'un de l'autre par un espace de 1 centimètre de long.

Bout supérieur. Si l'on y introduit un stylet, on arrive dans une partie mince, transparente, formée par la membrane celluleuse qui vient complétement fermer l'artère et s'étendre à 3 millimètres plus bas que les autres membranes restées ouvertes.

Bout inférieur. Un stylet est arrêté avant d'arriver à la membrane externe, et quand on a fendu l'artère, on est arrivé à un cul-de-sac lisse, et l'on a pensé que la membrane interne tapissait la surface de ce cul-de-sac.

Il n'existe point de caillot ni en haut ni en bas.

Il y a 9 centimètres et demi de cette ligature à celle placée le 9 avril, par M. Nélaton, au-dessous de la plaie artérielle.

Examen de la double ligature du 9 avril. — *Ligature au-dessus de l'ouverture.* A l'extrémité du bout supérieur, on trouve un caillot fibrineux filamenteux, noirâtre, fort peu volumineux.

Ligature au-dessous de l'ouverture. Jusqu'à 8 millimètres au-dessous de cette ligature on trouve la membrane interne jaune, ramollie.

Entre les deux ligatures, nous trouvons 2 centimètres et demi d'artère, et à la partie moyenne de cette portion artérielle une ouverture de 1 centimètre au moins, très-irrégulière, à bords très-minces, ouverture que nous avons vue être beaucoup plus petite le 9 avril, et que la suppuration a sans doute agrandie.

Les parois de la portion d'artère sont jaunes, épaisses, et en même temps ramollis ; nous trouvons du pus dans le calibre artériel. Les artères radiale et cubitale sont d'un très-petit volume ; à leur point de jonction existe un petit caillot filamenteux, coloré.

Examen des veines. — Au niveau de la plaie artérielle les deux veines satellites sont oblitérées. Ont-elles été liées, se sont-elles oblitérées par suite d'inflammation se propageant par voisinage? C'est une question qu'il est impossible de juger d'une manière absolue. Mais, comme M. Nélaton se rappelle avoir parfaitement lié l'artère isolée, comme, d'un autre côté, nous n'avons pas vu de solution de continuité appréciable, il est fort probable qu'elles ont été oblitérées par voie d'inflammation. Au-dessus et au-dessous, les veines sont perméables, ainsi qu'au niveau de la ligature faite par M. Voillemier. Si nous remontons dans la veine axillaire, nous trouvons dans sa cavité une grande quantité de pus; mais c'est

là tout ce qu'il m'a été possible de voir. Je n'ai pu constater ni l'état de la membrane interne de la veine, ni l'état des caillots qui devaient s'y trouver; nous n'avons pas non plus pu constater la lésion veineuse faite le 9 avril, lors de la ligature de l'artère axillaire.

Résumé. — Une femme atteinte d'une maladie dont nous ne pouvons spécifier la nature est saignée le 20 janvier. Il s'écoule de la ponction un jet de sang évidemment de nature artérielle; cependant, la ligature à peine enlevée, le jet s'arrête. L'avant-bras se gonfle dès le lendemain, et ce gonflement disparaît à la suite de fomentations émollientes; mais il reste un noyau dur au pli du bras.

Un mois se passe dans cet état, puis un nouveau gonflement du bras survient; il se produit une tumeur qu'un médecin ponctionne pour un abcès simple. La malade arrive à Paris. M. Voillemier, entraîné par des raisons que nous examinerons plus loin, fait la ligature de l'artère humérale au-dessus de la tumeur, le 24 mars. Le 1er avril, hémorrhagie artérielle par le bout inférieur; ligature de l'artère axillaire par M. Nélaton; nouvelle hémorrhagie dans la nuit du 8 au 9 avril. Ligature de l'artère au niveau de la blessure artérielle; mais, par suite d'infection purulente, la malade meurt le 13 avril.

Quelle est la nature de l'anévrysme que portait cette femme?

Nous aurions voulu ne point spécifier la nature de l'anévrysme, et le nommer seulement *anévrysme par épanchement.*

Car, si après la saignée il y a eu infiltration de sang dans tout l'avant-bras, si le sang n'a pas continué à couler après l'enlèvement de la ligature, il est fort probable que le parallélisme entre l'ouverture cutanée et l'ouverture artérielle a été détruit.

Un caillot a pu se former au niveau de la plaie artérielle; le sang épanché dans l'avant-bras a fort bien pu être résorbé en

quelques jours, au moins en partie, et il est resté un noyau dur au pli du bras. Ici nous avons un moment d'hésitation : ce noyau est-il un caillot simple ou bien un commencement d'anévrysme? La malade dit que la tumeur était dure comme du bois, et qu'elle ne présentait aucun battement; mais nous ne pouvons avoir une absolue confiance dans ce renseignement.

La malade reprend ses occupations, et à la suite d'un effort peut-être le caillot artériel se déplace-t-il, et il se produit un anévrysme faux consécutif. Nous pouvons dire qu'il y a eu un anévrysme faux consécutif succédant à un anévrysme faux primitif.

J'ajouterai que de nombreux cas, semblables au nôtre, ont été observés, que quelques-uns ont eu du retentissement, et leurs auteurs ont négligé de les publier pour des raisons que je ne dois point apprécier ici; tandis que mes deux maîtres, au contraire, ont voulu que leurs travaux servissent à leurs successeurs et dirigeassent leur conduite.

Les cas dont je viens de parler étaient bien connus de M. Voillemier, et cependant, pour un anévrysme du pli du bras déjà ouvert, il fit la ligature de l'artère humérale par la méthode de Hunter. Il fut conduit là par deux faits récents, peut-être uniques dans la science, et que je vais exposer en peu de mots.

Quelques jours avant l'entrée de la nommée Garnier (Marie), à l'hôpital, il était entré dans nos salles un jeune homme pour un anévrysme faux consécutif du pli du bras, anévrysme qui avait aussi été ouvert en ville. M. Voillemier, obéissant aux anciens préceptes, fait la ligature de l'artère humérale au-dessus de la tumeur; les hémorrhagies s'arrêtent, mais le malade succombe quinze jours après l'opération, par le fait de la maladie intestinale qui avait nécessité la saignée. A l'autopsie, nous trouvons une cicatrice artérielle parfaitement

nette et bien constatée. Ce fait sera ultérieurement publié par M. Voillemier.

M. Nélaton traite par la compression au-dessus de la tumeur un anévrysme traumatique du pli du bras. L'anévrysme disparait, la guérison est complète, et les battements de l'artère sont constatés au lieu même de la blessure artérielle. En présence de ces deux faits réunis, quel chirurgien n'eût pas suivi la conduite de M. Voillemier ?

Voici maintenant les raisons qui ont conduit M. Nélaton à faire la ligature de l'artère axillaire chez la nommée Garnier (Marie). L'hémorrhagie était pressante, et il n'y avait pas possibilité d'établir une compression, même provisoire, dans l'aisselle, tant les tissus y étaient malades. Le chirurgien fournit au plus pressant : il arrête l'hémorrhagie pour se donner le temps d'examiner une maladie nouvelle pour lui, et de voir ce qu'il pourrait faire ultérieurement pour sa guérison définitive. Malheureusement la phlébite vient terminer la maladie et ne nous permet pas de voir les résultats de la troisième opération tentée par M. Nélaton ; mais nous sommes beaucoup plus heureux dans un autre cas qui appartient aussi à ce dernier chirurgien.

Un jeune homme ayant l'avant-bras fléchi sur le bras reçut, à la partie postérieure et supérieure de cet avant-bras, un coup de poignard qui traversa l'espace interosseux, arriva à la partie antérieure de l'avant-bras, laboura le pli du coude sans entamer la peau, et alla ressortir à la partie inférieure et postérieure du bras. Il se forma au pli du bras un anévrysme faux consécutif, et les plaies extérieures se guérirent.

MM. Nélaton et Thierry essayèrent pendant longtemps la compression sur la tumeur elle-même. Au bout de quelque temps, la peau du sommet de la tumeur commença à se gangrener. L'ouverture spontanée de la tumeur était imminente, et les chirurgiens se décidèrent à pratiquer la ligature du

vaisseau blessé. Mais quel était ce vaisseau ? était-ce l'artère humérale, ou bien une des artères radiale ou cubitale à leur origine, ou bien l'artère interosseuse quelquefois très-développée ? C'était une question qu'il était impossible de résoudre. Quoi qu'il en soit, la tumeur fut ouverte, on tomba assez facilement sur le vaisseau blessé : c'était l'artère humérale, qui fut liée au-dessus et au-dessous de l'ouverture. Le malade guérit sans avoir présenté la moindre complication.

Il ne me reste qu'un mot à ajouter : c'est que si les faits que je viens de relater ne prouvent point, sans réplique pour tous, la vérité des principes que j'ai émis au commencement de ce travail, j'ose espérer qu'ils serviront au moins à éclairer une question aujourd'hui presque tout à fait abandonnée.

RECHERCHES STATISTIQUES SUR LES MALADIES DE L'OREILLE (1);

Par le Dr W. KRAMER.

Les recherches statistiques que nous allons faire connaître émanent d'un homme qui a depuis longtemps conquis une place honorable dans la médecine par ses recherches sur la pathologie de l'oreille, et dont nous avons déjà publié à diverses reprises les travaux remarquables. Il livre aujourd'hui au public le résultat de sa longue pratique, et des recherches qui ont occupé quinze ans de sa vie ; nous ne pouvons qu'applaudir à cette détermination.

Les matériaux de cette statistique ont été puisés, nous apprend M. Kramer, dans 2,000 cas, qui tous ont été l'objet

---

(1) *Beiträge zur ohrenheilkunde*, ou Supplément aux Recherches sur les maladies de l'oreille, avec 19 tableaux statistiques ; par le Dr W. Kramer. Berlin, 1845, pp. 314.

de l'examen le plus attentif par tous les moyens d'exploration que possède aujourd'hui la science (*speculum auris*, cathétérisme de la trompe d'Eustache, douche d'air, etc.). Les résultats de cet examen ont été consignés immédiatement dans un journal, où ont été notés en même temps l'âge, le nom et le lieu de la résidence des malades; la date de l'origine et les causes de la maladie; l'existence ou l'absence du tintement d'oreille et des autres symptômes; la puissance auditive de chaque oreille; le traitement suivi par le malade avant la consultation et celui prescrit par l'auteur, sa durée et ses conséquences.

M. Kramer a réuni tous ces éléments de la pathologie de l'oreille dans 19 tableaux, dont nous nous bornerons à faire connaître la portée et les résultats. Nous n'avons pas cru cependant devoir nous astreindre à l'ordre suivi par l'auteur de ces recherches; et nous en avons adopté un qui nous a paru à la fois plus logique et rendant plus facile l'intelligence de chiffres aussi nombreux et de conséquences aussi variées et aussi inattendues. Nous ajouterons enfin que nous avons dû accepter les désignations que M. Kramer a imprimées aux diverses maladies de l'oreille, et nous faisons cette remarque, principalement en vue de la *surdité nerveuse*, à laquelle notre auteur a fait jouer un rôle très-étendu, et sur laquelle les recherches de Toynbee, que nous avons publiées en leur temps, ont jeté un grand jour en en signalant comme la cause principale l'épaississement de la membrane interne de la cavité du tympan, indépendamment de toute altération du nerf spécial de l'audition.

Les 2,000 cas de maladies de l'oreille que M. Kramer a examinés se sont répartis de la manière suivante : 5 (ou $1/_{400}$) maladies du pavillon; 281 (ou $1/_7$) maladies du canal auditif externe; 442 (ou $1/_4$ et demi) maladies de la membrane du tympan; 198 (ou $1/_{10}$) maladies de l'oreille moyenne; 1,028, ou la moitié, des cas de ce que M. Kramer ap-

pelle *surdité nerveuse*; et 46, ou $1/_{43}$, des cas de surdi-mutité.

Parmi les *maladies du pavillon*, M. Kramer compte 3 cas d'induration avec épaississement; un érysipèle et un abcès. On aurait tort cependant de regarder ce chiffre comme représentant la proportion exacte de ces maladies, les malades réclamant rarement les soins des médecins et surtout des médecins spécialistes pour ce genre d'affection.

Des 281 cas de *maladies du conduit auditif externe*, 213 étaient des cas d'accumulation de cérumen, résultant d'une inflammation érythémateuse du tégument qui revêt ce conduit; 51 d'inflammation catarrhale de ce conduit; 9 d'inflammation phlegmoneuse, et 8 de périostite avec carie. Ces trois dernières affections du conduit auditif étaient accompagnées d'un écoulement par l'oreille; mais les écoulements dus à cette cause, au nombre de 68, ne formaient qu'une très-petite proportion, $1/_7$ environ, des 510 cas d'écoulements auriculaires que l'auteur a observés; les $6/_7$ environ se liaient à une inflammation de la membrane du tympan.

Les 442 cas de *maladies de la membrane du tympan* se rattachaient de près ou de loin à l'inflammation de cette membrane; l'inflammation était aiguë dans 45 cas, chronique dans 397. Les maladies de la membrane du tympan sont donc deux fois aussi nombreuses que toutes les maladies du canal auditif prises ensemble; elles forment en outre, comme nous l'avons dit il n'y a qu'un instant, les $6/_7$ de tous les écoulements qui se font par l'oreille. Près du quart des cas de surdité reconnaît pour cause l'inflammation de la membrane tympanique ou ses suites. En général, le canal auditif ne participe pas à l'inflammation de cette membrane.

Des 198 cas de *maladies de l'oreille moyenne*, 164 étaient des inflammations catarrhales de la membrane muqueuse avec accumulation de mucus; 28 des inflammations avec rétrécissement de la trompe d'Estache; 2 des oblitérations de cette même trompe, et 4 des inflammations avec abcès de la cavité du

tympan. L'inflammation catarrhale de l'oreille moyenne avec accumulation de mucus formait donc $1/_{12}$ environ des 2,000 cas qui ont passé sous les yeux de M. Kramer, et les $4/_{5}$ de toutes les maladies de l'oreille moyenne. Cette fréquence de l'inflammation catarrhale dépend, moins qu'on ne pourrait le supposer, de la proximité de l'oreille moyenne, des fosses nasales et de la gorge, qui sont souvent elles-mêmes le siége d'affections catarrhales. On observe, en effet, assez souvent un peu de surdité dans le coryza ordinaire ; mais en général, cette surdité disparait avec le catarrhe des fosses nasales. Il est donc probable que, dans ce dernier cas, l'orifice seul de la trompe d'Eustache est intéressé, et rarement la cavité du tympan elle-même ; car on ne voit jamais le trouble de l'ouïe persister aussi longtemps après des affections de la gorge et des fosses nasales.

Le rétrécissement de la trompe d'Eustache se montre rarement à un degré prononcé (dans le rapport de 1 à 71 sur la totalité des cas précédents, et de 1 à 7 pour toutes les maladies de l'oreille moyenne) ; l'occlusion complète de la trompe est encore plus rare. Quant à l'inflammation avec abcès de la cavité du tympan, M. Kramer pense que ce n'est jamais une maladie idiopathique, excepté lorsqu'elle est d'origine traumatique ; mais qu'elle est toujours entée sur une inflammation chronique de la membrane interne du tympan, jointe à une inflammation chronique avec perforation de la membrane tympanique elle-même.

Sur les 1,074 cas de *maladies de l'oreille interne*, 1,028 ou un peu plus de la moitié des 2,000 cas qui ont fait l'objet des recherches de M. Kramer, se rattachaient à la surdité nerveuse ; 46 cas seulement appartenaient à la surdi-mutité.

M. Kramer s'est occupé de déterminer avec soin quelle est la *fréquence des affections diverses de l'oreille, suivant qu'elles affectent un de ces organes seulement ou tous deux à la fois*. Une remarque assez importante à ce

égard, c'est qu'il ne faut jamais s'en fier aux malades; car très-souvent ils croient *très-bien* entendre d'une oreille, tandis qu'ils entendent seulement *un peu moins mal* que de celle du côté opposé; et lorsqu'ils accusent un écoulement par le canal auditif d'un côté, il faut explorer avec soin le canal auditif opposé, car l'écoulement peut être trop épais ou en trop petite quantité pour s'effectuer au dehors. Autrement dit, jamais le médecin ne doit manquer d'examiner avec attention la puissance auditive, et d'explorer toutes les conditions organiques de l'appareil auditif des deux côtés.

Des 2,000 cas examinés par l'auteur, 1639 étaient des cas d'affection *double*, et 361 seulement d'affection *simple*: ce qui établit le rapport de 4 $1/2$ à 1; de ces 361 derniers cas, 167 portaient sur l'oreille gauche, et 194 sur l'oreille droite.

Sur les 5 cas de *maladies du pavillon*, les deux oreilles étaient affectées dans 2 cas, l'oreille gauche dans 2 autres cas, et la droite dans 1 seul.

Sur les 281 cas de *maladies du canal auditif externe*, 165 portaient sur les deux oreilles à la fois, 62 sur l'oreille droite, et 54 sur l'oreille gauche. M. Kramer fait observer, au sujet de ces maladies, que l'inflammation phlegmoneuse du canal auditif n'occupe jamais qu'un seul côté; que l'inflammation de la membrane tégumentaire de ce canal, ou inflammation catarrhale, et la périostite avec carie, se montrent plus souvent simples que doubles (comme 2 à 1).

L'inflammation aiguë de la membrane du tympan a été observée 22 fois du côté droit, 21 fois du côté gauche, et 2 fois seulement des deux côtés en même temps.

Dans toutes les autres maladies de l'oreille, il est bien plus fréquent de trouver les deux côtés affectés qu'un seul, et cela est surtout remarquable pour la surdité nerveuse, dont 984 cas étaient doubles, et 44 seulement simples; ce qui établit le rapport de 22 à 1.

Si l'on compare la rareté extrême de l'inflammation aiguë

de la membrane du tympan, siégeant des deux côtés, avec la fréquence de l'inflammation chronique de cette membrane, occupant les deux oreilles, il est évident que cette dernière inflammation, si elle peut se développer quelquefois à la suite de la première, se montre le plus souvent d'emblée et sans passer par l'état aigu. Tout fait donc croire que l'inflammation aiguë de la membrane du tympan a peu de tendance à passer à l'état chronique.

Il n'est pas rare d'observer *chez le même individu plusieurs affections de l'oreille.* M. Kramer s'est proposé de vérifier, dans ses recherches statistiques, quelle était la proportion de ces complications, et il a trouvé que dans 38 cas seulement sur 2,000, ou dans $1/_{52}$ des cas, une oreille était affectée de plus d'une maladie ; et que dans 66 cas sur 2,000, ou dans $1/_{43}$, les deux oreilles présentaient toutes deux deux maladies différentes.

Les maladies que l'on trouve le plus souvent chez le même individu, l'une vers une oreille, l'autre vers celle du côté opposé, sont : 1° l'*accumulation de cérumen dans le canal auditif* d'un côté, et la *surdité nerveuse* de l'autre (dans 5 cas) ; 2° l'*inflammation chronique de la membrane du tympan* d'un côté, et l'*accumulation de mucus dans l'oreille moyenne* (dans 10 cas), ou la *surdité nerveuse* (dans 18 cas) de l'autre.

Les maladies que l'on trouve le plus souvent réunies sur la même oreille sont : 1° l'*accumulation de cérumen dans le canal auditif* et la *présence du mucus dans l'oreille moyenne* (cette complication ne s'est montrée que 2 fois sur 213 cas de la 1re espèce, et 164 de la 2e) ; 2° l'*accumulation du cérumen* avec la *surdité nerveuse;* ces deux affections se sont montrées réunies 16 fois sur 1,028 cas de surdité nerveuse, ou dans $1/_{62}$ des cas. En général cependant, dans cette dernière maladie, la sécrétion de cérumen, ainsi que la sécrétion muqueuse de l'oreille moyenne, sont notablement diminuées;

3° l'*inflammation catarrhale du canal auditif* et un certain degré d'*inflammation de la membrane du tympan*, sans que cependant cette inflammation tende à la suppuration, à l'ulcération, ou à tout autre changement de texture.

Sur 305 cas d'inflammation chronique de la membrane du tympan avec perforation, l'otite interne ne s'est montrée que 6 fois. Lorsque l'inflammation de la membrane du tympan n'était pas accompagnée de perforation, l'oreille interne n'a jamais présenté, en même temps, une accumulation de mucus dans son intérieur.

Dans les cas d'érysipèle du pavillon, le gonflement oblitère l'entrée du canal auditif; mais l'inflammation ne s'étend pas au delà.

L'accumulation du cérumen ne détermine jamais de maladie de la membrane du tympan, de quelque époque que date sa présence; tout au plus si elle occasionne un peu de congestion, qui disparaît spontanément. La réapparition du cérumen doit même être considérée comme un bon signe, car elle indique la cessation de l'inflammation chronique de la membrane du tympan.

Dans l'inflammation phlegmoneuse du canal auditif, le gonflement de ses parois peut être porté assez loin pour qu'on ne puisse plus apercevoir la membrane du tympan; mais, une fois l'abcès rompu, on distingue cette membrane, qui a seulement perdu pour quelques jours un peu de sa transparence.

L'inflammation de la membrane muqueuse du tympan, avec accumulation de mucus, ne s'étend ni à la membrane tympanique elle-même ni au labyrinthe; aussitôt que le mucus est évacué, l'ouïe reprend toute sa puissance. M. Kramer s'est assuré, dans plus de 164 cas de cette espèce, que la membrane tympanique était parfaitement saine.

Si l'on jette un coup d'œil sur les relations qui existent, au point de vue du diagnostic, entre les maladies de l'oreille qui

viennent d'être passées en revue, on trouvera que, de toutes ces maladies, celle que l'on peut reconnaître d'emblée et par un simple examen, c'est-à-dire les maladies du pavillon, sont les moins nombreuses et les moins importantes; toutes les autres réclament, pour leur diagnostic, des moyens spéciaux d'exploration. Ainsi, pour les maladies du canal auditif externe et de la membrane du tympan, il est nécessaire d'employer le *speculum auris*, par un jour de soleil; sans cela, il est tout à fait impossible de prendre la moindre idée exacte du siége et de la nature particulière des maladies de ces parties, et par conséquent d'instituer un traitement rationnel et utile. Pour donner une idée de l'importance de cette application, nous dirons que les maladies du canal auditif externe et de la membrane du tympan forment environ le tiers (728) de toutes les maladies de l'oreille, et, que de ce grand nombre, les maladies de la membrane du tympan constituent les deux tiers (442). C'est donc au delà de la membrane du tympan, et par suite au delà du champ de l'observation directe, que les deux tiers des maladies de l'oreille ont leur siége. Ici, le *speculum auris* ne peut rien apprendre, si ce n'est que le canal auditif et la membrane du tympan ont conservé toute leur intégrité, et que par conséquent il faut chercher le siége de la maladie dans l'oreille moyenne ou dans l'oreille interne. Le cathétérisme de la trompe d'Eustache rend, au contraire, de grand services, soit que l'on se borne à souffler dans l'intérieur de la sonde, soit qu'on y fasse passer un courant d'air avec la *presse à air*, soit qu'on y introduise une corde à boyau de chat, un stylet de baleine ou d'ivoire, pour vérifier l'état de la trompe et de la cavité tympanique, et savoir à quoi s'en tenir sur l'état du nerf auditif. C'est ici que le toucher expérimenté et l'ouïe fine et délicate constituent la supériorité du médecin habitué à ce genre d'exploration: l'ouïe surtout, en permettant d'apprécier la nature du bruit que produit l'air en pénétrant dans la cavité tympanique,

Sans doute, l'ouïe ne fournit pas des indications aussi certaines que la vue ; mais ce ne peut être une raison pour rejeter son assistance, toutes les fois qu'il s'agit de maladies qu'on a lieu de croire occupant les parties profondes de l'appareil auditif. De tout ce qui précède, M. Kramer conclut qu'il est impossible à un praticien éclairé et honnête de traiter les maladies de l'oreille, si ce n'est des maladies du pavillon, à moins d'avoir exploré avec soin les parties internes avec le speculum, et, dans le cas où cela devient nécessaire, avec le cathétérisme, etc.; autrement dit, avant de s'être assuré pleinement et complétement de la nature de la maladie.

M. Kramer s'est livré à des recherches longues et attentives sur la puissance auditive *dans les diverses maladies de l'oreille*. On comprend que pour des recherches de cette espèce, il est nécessaire d'avoir un terme de comparaison; M. Kramer pense que le meilleur de tous est le tic tac d'une montre. On sait que les personnes qui ont l'ouïe bonne perçoivent le tic tac d'une montre, s'il est un peu fort, à la distance de 30 pieds ; les personnes qui n'entendent pas du tout la montre, même lorsqu'elle est appliquée immédiatement sur l'oreille, n'entendent ce qu'on leur dit que lorsque la personne qui leur parle est placée immédiatement près d'elles et leur parle très-fort. L'ouïe est un peu meilleure lorsque le tic tac de la montre est perçu par l'application directe ; mais c'est seulement lorsque les malades peuvent entendre ce tic tac à *plusieurs pouces* et surtout à *plusieurs pieds* de distance, qu'ils peuvent suivre une conversation. Une chose digne de remarque, c'est que la susceptibilité de l'oreille à percevoir la voix humaine n'est pas toujours en rapport avec sa susceptibilité à percevoir le tic-tac de la montre. On voit quelquefois des sourds suivre une conversation avec plus de facilité qu'on ne pourrait le supposer par la difficulté qu'ils éprouvent à percevoir le tic tac ; d'autres fois, au contraire, ils perçoivent beaucoup mieux les sons de la montre que ceux de

la parole. Considérée en elle-même, la puissance auditive, mesurée par la perception des sons de la montre, n'a en général qu'une médiocre importance. Il convient beaucoup plus de s'attacher à découvrir la nature de la maladie qu'à vérifier le degré de la surdité concomitante; toutefois la puissance auditive devra être examinée des deux côtés comparativement.

Le Dr Kramer a examiné la puissance auditive de ses 2,000 malades, et par conséquent 4,000 oreilles; mais, comme dans 361 cas l'affection ne portait que sur un seul appareil auditif, ces 361 cas doivent être défalqués des 4,000, ce qui les réduit à 3,639. Cet examen conduit à ce résultat général, que dans toutes les maladies du canal auditif externe, de la membrane du tympan, de l'oreille moyenne et de l'oreille interne, il peut y avoir une surdité portée fort loin; mais que c'est surtout dans les maladies de l'oreille interne que la surdité est le plus fréquente et le plus complète.

Dans 2 cas d'*oblitération de la trompe d'Eustache*, les malades n'entendaient pas du tout le tic tac de la montre.

Dans 3 des 4 cas d'*otite interne*, la puissance auditive était aussi extrêmement affaiblie, sans doute par suite de la désorganisation profonde de l'organe.

Des 1,028 malades atteints de *surdité nerveuse*, 214 ne percevaient plus le tic tac ni de l'une ni de l'autre oreille: de ces derniers, un seul avait moins de dix ans; mais, ayant appris à parler avant l'établissement de la surdité, il avait conservé cette faculté. 151 malades n'entendaient plus la montre que d'une oreille: c'était de l'oreille gauche chez 77, et de l'oreille droite chez 74. Ces cas, dans lesquels on ne pouvait rien attendre du traitement, étaient au nombre de 365, c'est-à-dire un quart de tous les cas de surdité nerveuse; la moitié des individus qui en étaient affectés avaient moins de quarante ans.

Sur la totalité des oreilles qui ont été examinées par M. Kra-

mer, au nombre de 3,639, ou sur la totalité des oreilles affectées de surdité nerveuse, au nombre de 2,012, on en a compté 217 (1/9) pour lesquelles le tic tac de la montre était encore perçu par l'application immédiate; 339 entendaient le tic tac à la distance de 1 pouce, et 595 à la distance de 1 pied. Dans ces deux derniers degrés de la surdité nerveuse, M. Kramer pense que l'on peut regarder comme résultat avantageux d'un traitement de trois à six mois de durée d'avoir étendu la puissance auditive de 1 pouce à 1 pied dans un cas, et de 1 pied à 2 pieds dans l'autre.

L'inflammation chronique de la membrane du tympan, quoiqu'elle apporte généralement des altérations organiques très-profondes, présente la surdité deux fois moins souvent que la surdité nerveuse; le plus ordinairement la limite de la puissance auditive est de 1 à 3 pieds (1 pied dans la moitié des cas, et 3 pieds dans un sixième). Il est à remarquer que, avec des altérations organiques de la membrane du tympan, tout à fait analogues en apparence, la surdité peut varier dans de très-grandes limites, et réciproquement que, avec de grandes différences dans l'état de la membrane du tympan, on peut observer des degrés très-divers de surdité. C'est là une espèce de contradiction très-fréquente, lorsqu'il y a perforation de la membrane du tympan, et qui s'explique par l'impossibilité où nous nous trouvons de reconnaître et de déterminer les changements qui, indépendamment de la perforation de la membrane tympanique, se sont produits dans les parties enfermées dans la cavité du tympan. Toutes les fois que, dans l'inflammation chronique de cette membrane, le malade n'entend pas du tout la montre ou ne l'entend qu'à une très-petite distance, il n'y a que peu ou point d'espoir de rétablir l'audition, alors même que l'on parviendrait à suspendre l'inflammation; le pronostic est un peu plus favorable lorsque la puissance auditive est de plusieurs pouces, sans que cependant on puisse beaucoup compter sur le succès.

Dans la *périostite avec carie du canal auditif externe*, et dans le *rétrécissement de la trompe d'Eustache*, on trouve très-fréquemment un affaiblissement considérable de la puissance auditive, et toujours en rapport direct avec l'étendue des altérations organiques; au contraire, dans les inflammations phlegmoneuses du canal auditif, dans les inflammations aiguës de la membrane du tympan, dans les inflammations catarrhales du méat, dans les accumulations de cérumen, et dans les obstructions de l'oreille moyenne par le mucus, il est rare de voir la surdité très-prononcée, quelque considérables que puissent être les changements éprouvés par ces parties. Ici, la surdité, lors même qu'elle est portée fort loin, n'a que peu d'importance pour le pronostic; car ces maladies sont non-seulement curables, sans aucun doute, mais encore la surdité qui les accompagne disparaît avec elles, quelque prononcée qu'elle soit. L'état de la puissance auditive pourra cependant être vérifié, car il fera connaître la marche progressive vers la guérison.

M. Kramer a consacré un tableau statistique à faire connaître l'état de la puissance auditive dans l'*inflammation chronique de la membrane du tympan*, et il a constaté que dans cette inflammation chronique, lorsque la membrane était perforée (ce qui avait lieu chez 217 malades et sur 305 oreilles), la surdité était complète dans 50 cas; la puissance auditive avait une étendue de 1 pouce dans 80, de 1 pied dans 113, de 3 pieds dans 50, de plus de 3 pieds dans 9, et au delà dans 3. Sur 180 malades, ou 359 oreilles où l'inflammation était chronique, mais sans perforation, la surdité était complète dans 42 cas; la puissance auditive, de 1 pouce dans 88, de 1 pied dans 148, de 3 pieds dans 51, de plus de 3 pieds dans 19, et indéterminée dans 11.

La surdité complète était proportionnellement plus fréquente ($^1/_5$ des cas) lorsque la perforation de la membrane du tympan offrait de très-petites dimensions; elle était moins

fréquente lorsque cette perforation avait le diamètre d'une lentille (1/6 des cas), et plus rare encore quand il n'y avait pas de perforation de la membrane (1/8 des cas).

Une puissance auditive de 1 pouce d'étendue était, terme moyen, aussi fréquente, à différents degrés de perforation, que sans perforation de la membrane (comme 1 à 4); tandis qu'une puissance auditive de 1 pied s'observait proportionnellement plus souvent parmi les cas dans lesquels la membrane n'était pas perforée (dans le rapport d'un tiers à un demi).

Une puissance auditive de 3 pieds était plus ordinaire dans les cas de perte de substance considérable de la membrane du tympan (dans le rapport de 1 à 4 1/2); elle l'était moins dans les cas de petite perforation ou lorsque la membrane était intacte (dans le rapport de 1 à 7).

Elle l'était moins souvent encore dans les perforations qui ont les dimensions d'une lentille.

Une puissance auditive de plus de 3 pieds coïncidait généralement avec l'intégrité de la membrane du tympan (dans le rapport de 1 à 18), et dans le cas où cette membrane était perforée, cette puissance auditive s'observait plus souvent lorsque la perforation avait le diamètre d'une lentille (dans le rapport de 1 à 23).

Il résulte donc des observations de M. Kramer que, dans l'inflammation chronique de la membrane du tympan, l'ouïe est bien moins souvent intéressée lorsque cette membrane n'est pas perforée, que lorsqu'elle a été le siége d'une perforation; par conséquent, qu'il y a peu d'avantage à pratiquer la perforation de la membrane du tympan. Si cependant on se décidait, dans certains cas, à recourir à cette opération, il faudrait faire une ouverture un peu large; car il paraît démontré que l'audition souffre beaucoup moins d'une large que d'une petite ouverture. Il faudrait se rappeler, en outre, que les perforations qui ont le diamètre d'une lentille déterminent quatre fois plus la surdité que des ouvertures plus

petites; de sorte que les chances avantageuses d'une large perforation sont bien peu considérables. Il résulte encore du tableau de M. Kramer que, dans aucun des cas de perforation, l'ouïe n'a jamais été *complétement* conservée : dans 9 cas seulement, la puissance auditive dépassait 3 pieds (12 pieds chez un, de 10 à 30 chez un autre); mais elle n'était normale chez aucun. Avec cette puissance auditive, les malades entretiennent facilement une conversation, pourvu qu'ils y prêtent de l'attention; de sorte qu'un observateur superficiel pourrait croire que la destruction partielle de la membrane du tympan est conciliable avec la perfection de l'ouïe. Véritable erreur; car la perforation de la membrane du tympan entraîne toujours un affaiblissement plus ou moins considérable de l'audition.

M. Kramer a complété l'histoire de l'*inflammation chronique de la membrane du tympan*, en étudiant avec soin l'état que présente cette membrane dans le cas d'inflammation chronique.

Sur 397 cas de cette espèce, les deux oreilles étaient affectées dans 279, et une seule dans 118; autrement dit, la membrane du tympan était affectée d'inflammation dans 676 cas. Dans 118 cas seulement sur 307, ou à peine dans 1 sur 3, cette maladie existait indépendamment de polypes et de perforation; mais dans les autres 279 ou dans un peu plus des $^2/_3$, la membrane était ou bien perforée (dans 217 cas), ou bien tapissée de végétations polypeuses (dans 99 cas), ou bien enfin elle présentait les deux altérations réunies (dans 37 cas). La plupart des écoulements qui se font par l'oreille (les $^6/_7$ environ) dépendent d'une inflammation chronique de la membrane du tympan avec perforation ou avec polypes; le pronostic et le traitement de ces écoulements se résolvent par conséquent dans le pronostic et le traitement des lésions de la membrane du tympan.

Il est plus fréquent de voir la membrane du tympan per-

forée ou tapissée de végétations d'un côté que des deux côtés à la fois (dans le rapport de 129 à 88 pour la première altération, et de 75 à 24 pour la seconde), et c'est principalement l'oreille droite qui est affectée (dans le rapport de 75 à 52 pour l'oreille droite, et de 44 à 31 pour l'oreille gauche), résultat parfaitement d'accord avec ceux que fournit la statistique générale des maladies de l'oreille.

Les polypes coïncident rarement avec la perforation de la membrane du tympan (dans le rapport de 37 à 397 ou de 1 à 10 $1/2$).

Les perforations de la membrane du tympan présentent de grandes différences dans l'étendue : elles ressemblent à un trou d'épingle dans $1/6$ des cas, plus souvent on pourrait y loger un pois ou une fève ($2/6$); dans ce dernier cas, il reste un lambeau de la membrane en forme de faucille ; le plus ordirement, elles ont l'étendue d'une lentille ($3/6$).

Sur 305 cas de perforation, le *tintouin* ou *tintement d'oreille* manquait dans 188 (plus de la moitié), et existait seulement dans 117. Ce symptôme s'est montré proportionnellement plus fréquent lorsque la perforation avait le diamètre d'une fève (3 fois sur 5), un peu moins souvent lorsque la perforation ressemblait à un trou d'épingle (3 sur 7); moins souvent encore lorsque la perforation avait les dimensions d'une lentille (3 sur 9).

M. Kramer a cru devoir consacrer une attention spéciale à l'étude de ce dernier phénomène, le *tintement d'oreille,* d'une part, parce que c'est un des symptômes les plus communs chez les personnes affectées de maladies de l'oreille, de l'autre, parce que quelques auteurs y ont attaché une grande importance.

Sur les 2,000 cas dont il a été parlé plus haut, cet observateur a noté le tintement d'oreille dans 1267 ; il n'y en avait aucune trace chez les sourds-muets.

Dans le cas d'accumulation de cérumen dans le conduit au-

ditif, dans l'inflammation aiguë de la membrane du tympan et dans la surdité nerveuse, maladies toutes essentiellement différentes les unes des autres, le tintement d'oreille existait 3 fois sur 4; tandis que, dans l'inflammation catarrhale du canal auditif, dans l'inflammation phlegmoneuse de ce même conduit, dans l'otite interne, et dans l'accumulation de mucus dans la caisse du tympan, le tintement d'oreille manquait aussi souvent qu'il existait. Dans l'inflammation chronique de la membrane du tympan, le tintement manquait deux fois plus souvent qu'on ne l'y trouvait.

Le tintement d'oreille présente beaucoup de variétés relativement au caractère du bruit qui est perçu par les malades, à sa persistance et à ses intermissions, ainsi qu'à la période de la maladie où il se montre pour la première fois ou disparaît complétement. Mais toutes les variétés peuvent accompagner indistinctement toutes les maladies de l'oreille, et, d'un autre côté, toutes ces maladies peuvent parcourir leur marche sans présenter jamais de trace de tintement, et sans qu'on puisse expliquer sa présence dans un cas et son absence dans autre; enfin, lorsqu'il existe, il est très-rare qu'il n'y ait pas en même temps quelque modification dans la puissance auditive. Le tintement d'oreille est donc un de ces phénomènes qui, au point de vue du diagnostic, du pronostic et même du traitement, n'ont pas la moindre importance. Existe-t-il, par exemple, dans les cas d'accumulation du cérumen ou du mucus, il disparaît aussitôt qu'on a fait disparaître l'obstacle, et avec lui la surdité. Aussi M. Kramer a-t-il renoncé à la division de la *surdité nerveuse* qu'il avait établie *avec* ou *sans* tintement d'oreille.

De toutes les maladies de l'oreille, 3 seulement peuvent être considérées comme ayant ordinairement une marche aiguë: l'*érysipèle du pavillon*, l'*inflammation aiguë de la membrane du tympan*, et l'*inflammation phlegmoneuse des parois du canal auditif*. Toutes les autres, au contraire,

sont chroniques ou ont seulement de la tendance à devenir aiguës dans des circonstances particulières, par exemple l'inflammation catarrhale du canal auditif externe; et la meilleure preuve qu'on puisse donner de leur chronicité, c'est que sur les 2,000 malades de M. Kramer, 1650 sont venus le consulter lorsqu'ils étaient malades depuis un an et plus, et 164 seulement ou $1/_{12}$ lorsqu'ils étaient souffrants depuis moins d'un mois.

Sur les 2,000 individus qui ont été le sujet des recherches de M. Kramer, 1274 appartenaient au sexe masculin, et 726 au sexe féminin; ce qui établit la proportion de 1 $5/_{7}$ chez l'homme à 1 chez la femme, pour la fréquence relative des maladies de l'oreille suivant le sexe.

Des *maladies du pavillon*, 2 seulement ont été observées chez l'homme, l'érysipèle et l'abcès; les 3 affections eczémateuses l'ont été chez la femme.

Sur les 281 malades atteints d'*affections du canal auditif externe*, 207 appartenaient au sexe masculin, et 74 au sexe féminin; et sur ces maladies on comptait 161 accumulations de cérumen chez l'homme, et 52 chez la femme (dans le rapport de 3 à 1); 24 inflammations du tégument du canal auditif chez l'homme, et 17 chez la femme (rapport de 2 à 1); 6 inflammations phlegmoneuses du même canal chez l'homme, et 3 chez la femme (rapport, 2 à 1); enfin, 6 cas de périostite avec carie chez l'homme, et 2 chez la femme (rapport, 3 à 1).

Les 442 cas de maladies de la membrane du tympan ont été observés 311 chez l'homme, et 131 chez la femme (rapport, 2 $1/_{3}$ à 1); de 45 cas d'inflammation aiguë de cette membrane, 33 ont été rencontrés chez l'homme, et 12 chez la femme (rapport de 3 à 1); enfin, des 397 cas d'inflammation chronique de cette membrane, 278 ont été observés chez l'homme, et 119 chez la femme (rapport, 2 $1/_{3}$ à 1).

Sur les 198 individus atteints de *maladies de l'oreille*

moyenne, 141 appartenaient au sexe masculin; et 157 au sexe féminin; sur les 164 cas d'accumulation de mucus dans l'oreille moyenne, 171 ont été observés chez l'homme, et 47 chez la femme (rapport, 2 ½ à 1).

Sur les 28 cas de rétrécissement de la trompe d'Eustache, on en compte 20 chez l'homme, et 8 chez la femme (rapport, 2 ½ à 1); sur les 2 cas d'oblitération de la même trompe, l'un a été rencontré chez l'homme, l'autre chez la femme; enfin, des 4 cas d'otite interne, 3 ont été vus chez l'homme, et 1 chez la femme.

Sur les 1,028 cas de *surdité nerveuse*, 581 appartenaient au sexe masculin, et 447 au sexe féminin (rapport, 1 ⅓ à 1), et des 44 sourds-muets, 32 appartenaient au sexe masculin, et 14 au sexe féminin (rapport, 2 à 1).

Relativement à l'âge, ces 2,000 cas de maladies de l'oreille se sont répartis de la manière suivante: 504 ou ¼ de 1 à 10 ans (de ces 504, 241 ou la moitié étaient des cas d'inflammation chronique de la membrane du tympan, et en outre des 397 cas de cette dernière inflammation observés par M. Kramer, les ⅔ avaient débuté dans la première période décennale), un peu moins de 10 à 20 ans, une augmentation sensible dans le nombre de 20 à 30, et depuis cette époque, une diminution si rapide, que de 60 à 70 on trouve à peine une seule maladie de l'oreille à son début. Qant à chacune des maladies en particulier, elles se montrent aux diverses époques de la vie comme suit:

L'accumulation du cérumen dans le canal auditif, de 20 à 40 ans, plus rarement au-dessous de 10 ans et après 60 ans.

L'inflammation catarrhale du conduit auditif externe, avant 40 ans, et très-rarement après cette époque.

L'inflammation phlegmoneuse du conduit auditif, vers l'âge de 20 ans.

La *carie du canal auditif*, dans la première période de 10 ans (elle se lie en général à la diathèse scrofuleuse).

L'*inflammation aiguë de la membrane du tympan*, de 20 à 40 ans (elle est tout à fait indépendante de la diathèse).

L'*inflammation chronique de la membrane du tympan* (toujours liée à la diathèse scrofuleuse) survient, dans les $^2/_3$ des cas, de 1 à 10 ans, et principalement dans les deux premières années de la vie, à la suite des exanthèmes (elle est ordinairement chronique dès le début).

L'*accumulation de mucus dans la caisse du tympan*, de 1 à 10 ans principalement (dans les $^2/_5$ des cas), plus rare de 10 à 20 ans ($^1/_5$), assez rare encore après 20 ans; elle s'accompagne toujours d'une surdité assez considérable, et comme les deux oreilles sont ordinairement simultanément affectées, la surdité qu'elle détermine est des plus désagréables pour les malades. Peu à peu cependant une des oreilles se débarrasse ($^1/_6$), tandis que l'autre reste plus ou moins paresseuse.

L'*inflammation de la membrane muqueuse de la trompe d'Eustache avec rétrécissement* n'affecte le plus ordinairement qu'un seul côté ($^1/_2$ des cas), et n'a pas une marche aussi rapide que l'accumulation de mucus; on ne sait rien de précis sur l'époque de la vie où elle se développe.

La *surdité nerveuse*, dans au moins $^1/_8$ des cas, survient très-lentement, de sorte qu'il n'est pas toujours facile de remonter exactement à son origine. Le plus généralement, c'est de 20 à 30 ans qu'elle se développe, à la suite de l'application du froid ou d'affections morales; avant 10 ans et passé 60 ans, elle est très-rare ($^1/_{171}$). Elle affecte d'abord une oreille et fait des progrès très-lents, et n'affecte l'oreille du côté opposé qu'après un temps fort long. Sur les 214 sujets qui n'entendaient pas du tout le tic tac de la montre, ni d'une oreille, ni de l'autre, 109 ou plus de la moitié avaient moins de 40 ans, et jouissaient pour la plupart d'une assez bonne santé; il en

membres inférieurs ; en outre, dans les derniers temps, l'urine présentait parfois de l'albumine, et l'on distinguait les signes du reflux du sang dans la veine jugulaire. — A l'*autopsie*, le cœur, très-volumineux, pesait 22 onces et demie ; toutes ses cavités étaient élargies et remplies de sang ; la crosse de l'aorte était un peu dilatée. Deux des valvules aortiques étaient détachées des parois du vaisseau, dans le point où ces valvules se réunissent par leur extrémité ; de sorte qu'elles se trouvaient placées au-dessous du niveau de la valvule saine. Dans le point où ces deux valvules s'inséraient autrefois, on distinguait une tumeur superficielle, d'un tiers de pouce de long sur un quart de pouce de large. Le bord d'une de ces valvules était légèrement renversé en dehors, et tapissé de petites granulations ; on eût dit que la membrane interne avait été détachée dans ce point. L'eau qu'on jetait dans l'aorte pénétrait immédiatement dans le ventricule. Les bronches étaient épaissies, et leur membrane muqueuse congestionnée ; le foie volumineux et descendant presque jusqu'à l'ombilic, les reins congestionnés et marbrés çà et là à leur surface.

Obs. II. — Un portier voulut, dans un état d'ivresse, forcer avec ses épaules une porte qu'on avait fermée sur lui : au même instant, il fut pris d'une sensation d'oppression à la poitrine. L'auscultation fit reconnaître les signes de l'insuffisance des valvules aortiques. La respiration s'embarrassa, le cœur augmenta de volume, il survint de l'anasarque, et la mort eut lieu dix-huit mois après. La lésion consistait en ce que le bord convexe de l'une des valvules aortiques avait été arraché à son point d'attache.

Obs. III. — Un charpentier âgé de 54 ans portait une poutre sur son dos, et se disposait à s'en débarrasser, lorsqu'il éprouva une douleur violente à la région du cœur ; il laissa tomber le bois dont il était chargé. Au même instant, palpitations de cœur, gêne de la respiration, bruit particulier dans la poitrine ; plus tard, de l'orthopnée, de l'ascite, de l'anasarque. Lorsque l'auteur le vit, les battements du cœur se percevaient et se sentaient au-dessous de la septième côte ; l'impulsion était ondulante et plus étendue qu'énergique. Frémissement vibratoire dans toute la région précordiale, se percevant aussi dans la carotide et la sous-clavière, beaucoup moins à gauche qu'à droite ; pouls bondissant. La matité de la région précordiale s'étendait de bas en haut, à partir de la septième côte, suivant une ligne qui allait aboutir à l'épaule droite, dans une étendue de 5 pouces. Elle mesurait 3 pouces trois

Des vertiges ont été observés dans 1 cas d'accumulation de cérumen, dans 3 cas de polypes de la membrane du tympan, et dans 7 cas de surdité nerveuse; des *hémorrhoïdes*, dans 7 cas de surdité nerveuse; la phthisie pulmonaire, dans 1 cas de carie de l'oreille moyenne, et dans 4 cas de surdité nerveuse. (Dans les inflammations aiguës, M. Kramer a toujours noté un plus ou moins haut degré de fièvre inflammatoire.)

Rien n'est en général plus difficile que de déterminer les *causes* des maladies de l'oreille : d'une part, l'invasion de ces maladies passe souvent inaperçue, parce qu'il y a rarement de la douleur, et de l'autre, la surdité, l'écoulement par l'oreille, et le tintement d'oreille, absorbent souvent seuls toute l'attention des malades, quoique l'affection ait débuté depuis longtemps. Aussi les voit-on donner pour cause à leurs maladies les influences auxquelles ils ont été accidentellement soumis au moment où se sont montrés les symptômes qui ont fixé exclusivement leur attention.

Dans plus de la moitié de 2,000 cas dont il a été question plus haut (dans 1109), la cause de l'affection est restée complétement ignorée. Le *froid* paraît avoir été la cause la plus commune de l'*inflammation aiguë de la membrane du tympan* ($2/3$ des cas) et de l'*inflammation phlegmoneuse du canal auditif externe* (la moitié des cas). Le froid est encore une cause assez fréquente de cette inflammation qui détermine l'*accumulation de mucus dans l'oreille moyenne* ($1/3$ des cas), de l'inflammation érythémateuse qui occasionne l'*accumulation du cérumen dans le canal auditif* ($1/3$ de cas), et de l'*inflammation des glandes de ce dernier conduit* ($1/3$ des cas). La *surdité nerveuse* et l'*inflammation chronique de la membrane du tympan* reconnaissent encore bien souvent pour cause l'influence du froid ($1/10$ et $1/14$ des cas).

Les *exanthèmes* et les autres *maladies de la peau* déter-

minent fréquemment l'*inflammation chronique de la membrane du tympan*, et parmi ces exanthèmes, il faut placer au premier rang la fièvre scarlatine, qui avait produit à elle seule $^1/_4$ de tous les cas de cette inflammation. Cette dernière fièvre éruptive paraît avoir une moindre influence sur la production de la surdité nerveuse ($^1/_{68}$ des cas).

La *fièvre nerveuse* et la *fièvre gastrique* peuvent, bien que rarement, déterminer une *inflammation chronique de la membrane du tympan* et une *surdité nerveuse;* la *fièvre gastrique* a produit dans 2 cas une *accumulation de mucus dans l'oreille moyenne.* Une circonstance utile à signaler, c'est que ces dernières affections étaient nettement caractérisées et très-rebelles.

Des *coups sur l'oreille* déterminèrent dans 3 cas une *inflammation des glandes du canal auditif;* dans 12, une *inflammation chronique de la membrane du tympan*, et dans 24, une *surdité nerveuse.* Cette surdité peut survenir parfois d'une manière instantanée, et présenter un haut degré d'intensité, à la suite d'une lésion physique de la tête et de l'épine.

La *surdi-mutité* reconnaît fréquemment pour cause chez les enfants une *maladie du cerveau* avec *convulsions* ($^1/_3$ des cas).

La *surdité nerveuse* est parfois la suite d'un *violent chagrin*, d'une *odontalgie intense*, d'une *hémorrhagie très-abondante* ou de l'*ébranlement causé par un bruit très-violent.*

Cette même surdité paraît se montrer sous une *influence héréditaire*, dans la proportion de 1 à 6; la disposition héréditaire à l'accumulation de mucus dans l'oreille moyenne et à l'inflammation chronique de la membrane du tympan est comparativement plus rare (la première 5 fois, la seconde 9 fois).

M. Kramer a consacré un tableau statistique spécial à l'é-

tude des causes qui peuvent déterminer la *perforation de la membrane du tympan*, et il est arrivé à ce résultat, que l'inflammation chronique de la membrane du tympan conduit plus souvent à la perforation lorsqu'elle reconnaît pour cause le froid ou la variole ($^3/_4$ des cas) que lorsqu'elle s'est développée sous l'influence de la scarlatine et de la rougeole ($^1/_2$ des cas); autrement dit, c'est l'inverse de ce qui a été dit plus haut sur la perforation *double* de cette membrane. Cette dernière perforation survient le plus souvent après la rougeole, 14 fois sur 15 ; un peu plus rarement après la scarlatine (32 à 49 ou $^2/_3$), plus rarement après la variole (3 à 9 ou $^1/_3$); plus rarement aussi après l'application du froid (6 à 22 ou $^1/_3$ et demi).

Relativement à son étendue, cette perforation, suite d'inflammation, était proportionnellement plus large après la variole (sur 12 cas, elle avait 5 fois les dimensions d'un pois); elle avait plus rarement cette étendue après la rougeole (8 fois sur 29), après la scarlatine (20 fois sur 81), et l'application du froid (7 fois sur 28). Il suit de là que la variole est la maladie qui détruit le plus souvent et dans une plus grande étendue la membrane du tympan, mais seulement d'un côté; tandis que la rougeole entraîne plus souvent la perforation de cette membrane des deux côtés, et que la scarlatine et le froid ont une influence bien moins désastreuse, quoique encore fort énergique.

Les maladies de l'oreille présentent de très-grandes différences en ce qui touche leur traitement. Et d'abord, pour s'assurer que la maladie que l'on avait à traiter a guéri ou s'est améliorée sous l'influence des moyens thérapeutiques mis en usage, il faut avoir recours à des procédés divers. Pour le pavillon, l'inspection directe suffit; pour le canal auditif et la membrane du tympan, il faut souvent ajouter à l'inspection l'application du *speculum auris ;* pour les maladies de la caisse du tympan ou de la trompe d'Eustache, il faut

pratiquer le cathétérisme, et employer la douche d'air; enfin, pour l'oreille interne, c'est seulement par la mensuration de la puissance auditive que l'on peut déterminer l'amélioration qui s'est produite.

Le Dr Kramer s'est proposé de répondre à une objection adressée souvent aux médecins qui se livrent à la pratique des maladies de l'oreille. Sans contester l'amélioration ou les guérisons qu'ils peuvent obtenir, on leur fait remarquer que ces améliorations ou ces guérisons sont rarement de longue durée. Mais, dit M. Kramer, si pour affirmer une guérison ou une amélioration, il fallait attendre des mois et des années, il n'y aurait aucun traitement pour aucune maladie; encore moins pour celles de l'oreille, qui, pas plus que les autres appareils, n'échappe aux récidives. Avouons cependant que c'est une chose fort intéressante pour les malades que de savoir leur maladie améliorée ou guérie pour longtemps; et sans cette espérance, on ne comprendrait guère qu'ils voulussent se soumettre aux embarras et aux dépenses qu'entraîne toujours un traitement prolongé.

Relativement à la curabilité, M. Kramer divise les maladies de l'oreille en quatre groupes: 1° les maladies certainement curables, 2° les maladies dont la guérison est probable, 3° les maladies susceptibles seulement d'amélioration, 4° les maladies incurables.

1° Parmi les maladies *certainement curables*, quels que soient leur durée, leur degré, et la négligence que le malade ait apportée à réclamer les secours de l'art, le Dr Kramer range l'érysipèle du pavillon de l'oreille, les furoncles du pavillon; l'accumulation du cérumen dans le canal auditif, le catarrhe de ce conduit, son inflammation phlegmoneuse; l'inflammation aiguë de la membrane du tympan, le catarrhe avec accumulation de mucus dans l'oreille moyenne.

L'érysipèle et les *furoncles du pavillon* ne méritent aucune mention spéciale; il n'en est pas de même de l'*accu-*

mulation de cérumen et de couches épidermiques dans le canal auditif: l'érysipèle tégumentaire de ce canal qui occasionne cette accumulation ne tarde pas à disparaître, et laisse après lui le cérumen et les couches d'épiderme. Aussi, lorsqu'on a débarrassé le conduit auditif de ces corps étrangers, le malade est immédiatement et complétement débarrassé de sa surdité, de son tintement d'oreille, de la confusion qu'il éprouvait dans la tête, et généralement de tous les accidents. S'il existait de la rougeur du tégument qui revêt le canal auditif et la membrane du tympan, cette rougeur disparait spontanément. M. Kramer cite 213 cas dans lesquels la guérison a été ainsi immédiate, bien que la maladie datât, chez quelques-uns de ces malades, de plusieurs années. On n'est cependant pas toujours aussi heureux; dans quelques cas (16 sur 2,000), en même temps que l'accumulation du cérumen, il y avait surdité nerveuse. On comprend qu'alors l'extraction du corps étranger apporte quelque soulagement, mais seulement autant que les symptômes dépendent de leur présence. Le bouchon enlevé, ces cas rentrent, pour leur curabilité, dans le deuxième groupe du Dr Kramer.

Le *catarrhe* ou l'*inflammation de la peau et des glandes du canal auditif externe* cède toujours à quelques injections d'acétate de plomb, aux révulsifs, aux purgatifs; dans les cas récents, la guérison est très-rapide. Il n'en est pas tout à fait de même lorsque les sujets ont une disposition aux affections dartreuses et scrofuleuses; alors au traitement local, il devient nécessaire d'ajouter un traitement général approprié, et la guérison peut réclamer des mois pour s'effectuer. Sur 51 cas de cette espèce, 49 ont fini par guérir; les deux autres malades ont renoncé au traitement avant d'avoir obtenu la guérison.

L'*inflammation phlegmoneuse du canal auditif* ne tarde pas à passer à la suppuration, si l'inflammation n'a pas pu être arrêtée par des applications de sangsues; toutefois,

l'abcès ouvert, tous les symptômes disparaissent rapidement: le gonflement du canal auditif peut, dans ce cas, entraîner pour quelque temps des troubles dans l'audition, mais aussitôt le gonflement disparu, l'ouïe reprend toute sa plénitude.

L'inflammation aiguë de la membrane du tympan cède généralement, en quelques jours, à des sangsues, à des révulsifs, et à des injections d'acétate de plomb. M. Kramer a jugé à propos d'appliquer plusieurs fois des sangsues dans les cas graves; cependant un seul malade, sur 45, a mis plus de huit jours à se rétablir.

L'inflammation de la membrane muqueuse de l'oreille moyenne avec accumulation de mucus dans son intérieur se termine par une guérison complète, à l'aide de moyens destinés à expulser le mucus et à ramener la sécrétion à son degré normal, et en particulier à l'aide du cathétérisme et de la douche d'air. Dans les cas récents, il suffit même de souffler dans le cathéter; lorsque, au contraire, l'accumulation du mucus dure depuis longtemps, ou que ce même mucus présente une viscosité remarquable, on n'apporte parfois qu'un soulagement momentané par les moyens dont nous avons parlé plus haut. C'est alors que M. Kramer emploie la douche d'air, et il a remarqué que l'air froid donnait du ton à la membrane malade. Dans cette affection, comme dans la précédente, ce médecin ajoute souvent au traitement local des moyens généraux et un régime approprié, toutes les fois que les malades présentent les indices d'une diathèse et en particulier de la diathèse scrofuleuse.

2° *Maladies dont la guérison est probable.* Ces maladies, parmi lesquelles M. Kramer range l'eczéma du pavillon, la périostite avec carie des parties osseuses du canal auditif externe, l'inflammation chronique de la membrane du tympan, le rétrécissement de la trompe d'Eustache, la surdité nerveuse, sont d'autant plus facilement curables qu'elles sont



portées moins loin, qu'elles ont duré moins de temps, etc. *L'eczéma du pavillon* et la *carie des parties osseuses du canal auditif* sont des affections sur lesquelles nous ne nous arrêterons pas; car le caractère rebelle qu'elles présentent n'a rien de particulier au siége qu'elles occupent.

L'inflammation chronique de la membrane du tympan se lie souvent à un état général dyscrasique; aussi les chances de guérison ou d'amélioration qu'elle présente sont-elles en rapport avec l'action que l'on peut exercer sur la constitution. L'étendue de l'altération organique de la membrane joue aussi un grand rôle dans la curabilité : la membrane est-elle considérablement épaissie ou perforée dans une grande étendue, on ne peut espérer de lui rendre sa structure normale. Les végétations polypeuses, qui, pour la plupart, reconnaissent pour cause l'inflammation chronique de la membrane du tympan, peuvent en général être reséquées, excepté lorsqu'elles sont larges, aplaties et sessiles; mais comme la membrane du tympan qui présente ces végétations est en même temps le siége d'autres altérations, et en particulier d'épaississement ou de perforation, cette résection ne peut avoir que des effets peu importants. Si l'on considère, ajoute M. Kramer, que, dans la moitié des cas d'inflammation chronique de la membrane du tympan, cette membrane est perforée, et que dans un quart de ces cas il y a des excroissances polypeuses, on regardera comme un véritable succès les résultats que j'ai obtenus en guérissant $^1/_{14}$ de ces cas et en améliorant plus ou moins $^{11}/_{14}$ c'est-à-dire en modérant la suppuration et en facilitant l'audition. Les $^2/_{14}$ restants n'ont présenté aucune amélioration.

Le *rétrécissement de la trompe d'Eustache* présente encore moins de chances de guérison que l'inflammation de la membrane du tympan; dans ces deux dernières affections, l'insuccès tient principalement à la persistance des altérations organiques des parties affectées. Les mêmes causes s'opposent

à la guérison de la *surdité nerveuse*, toutes les fois que la vitalité des nerfs auditifs a trop fortement souffert. En effet, ces nerfs n'offrent pas seulement une diminution dans la susceptibilité aux sensations sonores, mais encore une susceptibilité morbide pour les impressions de toute espèce, qui augmente avec les progrès de cette affection : de là la difficulté, même l'impossibilité, de trouver des moyens appropriés, capables d'agir sur les nerfs auditifs sans les surexciter. Sur le nombre des malades affectés de surdité nerveuse, les $^3/_5$ avaient plus de 30 ans ; sur la moitié de ce nombre, la maladie avait au moins dix ans de date ; enfin, dans $^2/_7$ des cas, la surdité était déjà parvenue à son plus haut degré : de sorte que M. Kramer n'a essayé aucun traitement, ou bien, après l'avoir essayé, l'a abandonné dans les $^5/_{20}$ des cas (sur 271 malades qui ne pouvaient supporter aucune application, bien qu'ils parussent dans des conditions assez favorables sous le point de vue de l'âge et du degré de la surdité). D'autre part cependant, il a réussi soit à faciliter l'audition, soit à diminuer ou à suspendre le tintement d'oreille dans les $^{14}/_{20}$ des cas, c'est-à-dire chez 703 malades, mais à des degrés divers, suivant l'âge, la durée et le degré de la maladie, et la longueur du traitement. Dans $^1/_{20}$ des cas, dans 54 seulement, la guérison a été complète ; mais les malades se trouvaient placés dans les circonstances les plus favorables. M. Kramer a toujours recours, dans le traitement de cette maladie, à l'emploi des vapeurs stimulantes ; mais il a remplacé les vapeurs d'éther acétique, qu'il employait autrefois, par des vapeurs d'*eau distillée*, d'*asa fœtida*, de *musc* et d'*amandes amères*, etc. Il a eu rarement besoin de recourir à un traitement général, et il a remarqué que la surdité nerveuse n'est presque jamais modifiée d'une manière favorable par les moyens généraux ; ces moyens peuvent être quelquefois utiles, avant le traitement local, pour rétablir la santé générale si elle est détériorée.



3° Parmi les *maladies susceptibles seulement d'amélioration*, l'auteur place l'*otite interne*, maladie dont la résolution peut s'opérer dans quelques cas, bien que rarement, et qui entraîne le plus souvent, indépendamment de la destruction de l'organe, de véritables dangers pour la vie.

4° Les *maladies incurables* comprennent seulement l'*oblitération de la trompe d'Eustache* et la *surdi-mutité*.

Nous ne saurions quitter le traitement des affections de l'oreille sans parler de l'application qu'a faite M. Kramer de l'électro-magnétisme au traitement de la surdité et du tintement d'oreille. Ce médecin s'est assuré qu'un courant électro-magnétique est un puissant stimulant de l'organe de l'ouïe, principalement lorsque ce courant est dirigé de l'orifice inférieur de la trompe d'Eustache vers le canal auditif externe du même côté. Cette action stimulante se manifeste par des tiraillements convulsifs et des douleurs dans l'oreille, par une augmentation momentanée dans la puissance auditive, qui d'ordinaire n'est pas de longue durée, et par l'augmentation du tintement d'oreille soit au moment, soit quelque temps après l'application. C'est là un moyen qui ne peut être employé qu'avec une grande prudence, et auquel il faut se hâter de renoncer si le tintement d'oreille augmente notablement, sans modification favorable dans la puissance auditive ou du moins sans persistance de cette modification heureuse. C'est cependant un procédé assez certain pour constater l'existence de la surdité nerveuse.

MÉMOIRE SUR L'OSSIFICATION DES CARTILAGES DU LARYNX ;

Par le Dr L.-A. Segond.

(Présenté à l'Académie des sciences le 28 juin 1847.)

Depuis Rufus d'Éphèse, on sait que la charpente du larynx est constituée par des cartilages. Galien, fixant plus nettement la situation et le rôle physiologique de cet organe, chercha à déterminer le nombre des pièces cartilagineuses qui entraient dans sa composition; on trouve dans son Anatomie des notions étendues sur le *cricoïde*, le *thyroïde* et les *aryténoïdes* (1). Galien considère ces deux derniers cartilages comme réunis en un seul. Ce n'est qu'au xvie siècle que cette erreur fut relevée par Béranger de Carpi (2); celui-ci reconnut deux aryténoïdes, et, faisant rentrer l'*épiglotte* parmi les cartilages du larynx, enseigna qu'il fallait en compter cinq, au lieu de trois. Ces cartilages furent décrits et figurés dans les ouvrages d'Eustachi, de Fabrice, de Casserius, etc.

Il est curieux d'observer que Vesale, qui, mieux qu'Eustachi et d'autres anatomistes du xvie siècle, avait su s'affranchir des erreurs et des préjugés antiques, préféra n'admettre que trois cartilages, afin de ne pas se trouver en opposition avec les auteurs qui l'avaient précédé (3). Néanmoins, l'opinion de Béranger prévalut, et ce n'est qu'au xviiie siècle que le nombre qu'il avait posé fut modifié par deux savants anatomistes, Santorini et Wrisberg. Le premier découvrit les cartilages

(1) *De Usu partium.*
(2) *Comm. in mundinum*, p. cccxciv.
(3) *De Corp. hum. fabrica*, liv. ii, cap. 21.

corniculés; le second, les cartilages *cunéiformes*. Je propose aujourd'hui de faire rentrer parmi les cartilages du larynx les petits noyaux qu'on rencontre dans l'épaisseur du ligament *thyro-hyoïdien* latéral, qui s'étend du sommet de la corne supérieure du thyroïde à l'extrémité de la grande corne de l'hyoïde; par suite de l'ossification, ces noyaux, appelés *corpuscula triticea*, se soudent presque toujours à la grande corne du thyroïde.

Les remarques sur l'ossification des cartilages du larynx ne sont pas très-anciennes : c'est dans Columbus (1), l'élève et le successeur de Vesale, qu'on trouve les premiers développements sur ce sujet. Columbus, ayant observé un très-grand nombre de fois le larynx ossifié chez les vieillards, considéra l'âge comme la principale cause de ce changement d'état. F. Schenkius (2) appuya les remarques de Columbus par des faits empruntés à Coiter (3) et à Cardanus (4), ou tirés de sa propre observation.

Depuis, on s'est contenté de noter l'ossification des cartilages du larynx, et on a vaguement rapproché de cette altération les changements qui surviennent dans la voix par suite de l'âge. Les détails dans lesquels je vais entrer prouveront, j'espère, que l'étude spéciale de ce changement d'état peut jeter un grand jour sur plusieurs points de l'histoire anatomique et physiologique de l'organe de la voix.

Les divers cartilages que nous venons de nommer, considérés au point de vue historique, n'appartiennent pas tous à la même famille. Le thyroïde, le cricoïde, les aryténoïdes, les *corpuscula triticea*, sont des cartilages vrais; examinés au microscope, on les trouve constitués par des corpuscules et

(1) *De Re anatom.*, liv. I, ch. 13.

(2) *Observationum medicarum*, p. 324; Francof., 1600.

(3) *Lib. observ. anatom.*

(4) Lib. II, tract. 2, contradict. 7.

une substance intermédiaire homogène; c'est dans ces cartilages que l'ossification accidentelle a été notée. Mais l'épiglotte, les cartilages corniculés et les cunéiformes, rentrent dans les fibro-cartilages; ils sont composés de corpuscules et de fibres. L'ossification accidentelle de ces parties n'a pas été observée. Les cartilages des articulations qui appartiennent à la même catégorie de tissus ne s'ossifient jamais; l'ankylose est toujours précédée de la destruction des revêtements cartilagineux des surfaces articulaires. J'ai disséqué plusieurs larynx appartenant à des sujets de 80 à 90 ans, chez lesquels le thyroïde, le cricoïde, les aryténoïdes, et plusieurs cartilages de la trachée-artère, étaient entièrement ossifiés; mais je n'ai jamais observé sur les mêmes sujets une transformation semblable dans l'épiglotte, les corniculés et les cunéiformes. Miescher (1), Henle (2), M. Mandl (3), etc., ont observé l'ossification des cartilages vrais du larynx; ils ne l'ont pas notée dans les autres. Aussi faut-il écarter tout d'abord ces derniers de l'étude de l'ossification. Je me contenterai d'établir, contrairement à l'opinion de quelques anatomistes, que les cartilages cunéiformes décrits par Wrisberg existent réellement chez l'homme. Ces cartilages, contenus dans les replis aryténo-épiglottiques, sont obliquement placés de haut en bas, d'arrière en avant, et de dehors en dedans, parallèles au bord antérieur de l'aryténoïde. Leur extrémité supérieure soulève le bord des replis aryténo-épiglottiques; l'extrémité inférieure va se perdre dans la corde vocale supérieure (4).

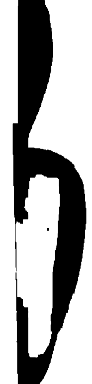
Remarques générales sur l'ossification des cartilages du

(1) *Infl. ossium*, p. 46.

(2) *Encyclop. anat.*, t. II, p. 418.

(3) *Anat. microscopique*, mémoire sur les cartilages.

(4) J'ai eu l'occasion d'observer, sur un larynx de femme, un petit ventricule situé entre le cartilage de Wrisberg et le cartilage aryténoïde, d'un côté seulement.



larynx. — Nous avons déjà établi, par les opinions de Columbus et des anatomistes qui lui ont succédé, que l'âge était une cause d'ossification ; mais le rapport entre le développement de cette ossification et une certaine époque de la vie est si variable qu'il est impossible de ne pas admettre que d'autres causes président à ce changement d'état. A partir de la 60e année, il est rare de ne pas trouver un commencement d'ossification dans certains points des cartilages ; mais tandis qu'à 70 ans, par exemple, la transformation est complète, on trouve, au contraire, sur des larynx appartenant à des individus morts après 80 ans, une ossification très-imparfaite et bornée à certains points des cartilages. Il n'est pas douteux que les dispositions individuelles et certains états morbides doivent exercer une influence particulière sur cette transformation.

Il serait curieux de savoir si l'exercice soutenu du larynx, le chant par exemple, retarde ou accélère cette ossification. On sait que la plupart des chanteurs perdent d'assez bonne heure, c'est-à-dire à partir de 50 ans, la faculté de produire les tons élevés de la voix de poitrine. Nous verrons que l'ossification, dans quelques cas, explique cette difficulté, mais il faut qu'elle soit arrivée à un certain degré. Or, l'ossification complète des cartilages ne s'observe que dans un âge avancé, après 80 ans par exemple. Une seule fois je l'ai observée chez un sujet de 71 ans, et la solidité des parties autorisait à penser que cette ossification datait de plusieurs années : eh bien ! ce larynx appartenait à un aveugle, qui, doué dans sa jeunesse d'une voix puissante, avait beaucoup chanté durant sa vie. Certes, je ne veux pas m'appuyer sur ce fait particulier pour soutenir que l'exercice du larynx peut accélérer son ossification ; mais il est une observation générale qui me paraît donner de la valeur à cette opinion : du moment où le dépôt de la matière osseuse commence, elle affecte plus particulièrement certains points, et ce qu'il y a d'important à noter, c'est que ces points correspondent aux insertions musculaires.

Si l'action des muscles est pour quelque chose dans le développement de l'ossification, il est évident que, chez les chanteurs, cette action étant augmentée, son influence sur la transformation osseuse du cartilage sera elle-même plus considérable.

Lorsque l'ossification commence, elle se manifeste sous forme de petits noyaux rougeâtres dans lesquels se développe une substance spongieuse. En comprimant le cartilage dans ces points, on donne issue à une matière huileuse semblable à celle qu'on trouve dans l'extrémité des os longs. L'état spongieux persiste dans les parties les plus épaisses des cartilages; les parties les plus minces se changent en tissu compacte.

L'ossification ne débute pas en même temps dans tous les cartilages du larynx; on rencontre des points ossifiés dans le cricoïde alors que le thyroïde n'a pas encore été atteint. Enfin, le cricoïde et le thyroïde peuvent être complétement transformés en os, tandis que les aryténoïdes présentent des points cartilagineux.

Nous avons fait pressentir l'utilité d'une étiologie complète de la transformation osseuse des cartilages du larynx; mais, quel que soit l'intérêt qui s'attache à cette étude, chacun comprend que les questions positives doivent particulièrement se rencontrer dans l'étude de cette ossification elle-même et dans l'observation des changements anatomiques qui en dépendent. Les résultats auxquels je suis parvenu pourront contribuer, j'espère, à confirmer cette opinion.

1° *Cartilage cricoïde.* — C'est par ce cartilage que commence ordinairement l'ossification, et constamment j'ai vu la transformation complète du cricoïde s'opérer avant celle du thyroïde. Le premier point affecté répond aux insertions principales du muscle *crico-thyroïdien;* la transformation commence dans ce point par le bord supérieur du cricoïde, elle s'étend ensuite sous forme de croissant dans l'épaisseur

du cartilage. L'ossification commence presque en même temps dans le milieu des dépressions latérales de la face postérieure du cartilage, là où s'insère le *crico-aryténoïdien postérieur ;* bientôt les points correspondant aux facettes articulaires sont envahis; enfin, à une période avancée de l'ossification, on ne trouve plus le tissu cartilagineux que dans la partie antérieure de l'anneau, dans tout le bord inférieur et dans le milieu et à la base de la partie postérieure.

Chez une femme de 45 ans, dont le thyroïde était encore entièrement cartilagineux, j'ai trouvé sur les parties latérales une ossification assez avancée; elle était limitée en bas par les facettes articulaires inférieures. Sur une femme de 85 ans, le bord supérieur était envahi dans une étendue de 23 millimètres; il n'y avait de chaque côté que 5 millimètres en avant et 2 en arrière qui fussent encore cartilagineux. Je l'ai trouvé entièrement ossifié chez un homme de 71 ans, tandis que, chez un autre individu de 83 ans, l'ossification occupait à peine le bord supérieur dans une étendue de 12 millimètres.

Le fait le plus intéressant qui ressort de la transformation osseuse du cricoïde, c'est le changement qui survient dans les dimensions générales du cartilage. Une fois transformé en os, il arrive assez souvent que la partie antérieure ne glisse plus sous ce thyroïde comme dans les larynx cartilagineux, et là se trouve une raison matérielle de la difficulté que les personnes d'un certain âge éprouvent pour produire les sons élevés de la voix de poitrine. Le muscle crico-thyroïdien, en portant le cricoïde vers le thyroïde, a pour action de tendre les cordes vocales: or, le chevauchement du thyroïde sur le cricoïde ne pouvant plus se faire, les cordes vocales ne peuvent plus atteindre leur dernier degré de tension. En étudiant le thyroïde, nous verrons que l'épaississement de son bord inférieur peut contribuer également à limiter le mouvement de bascule.

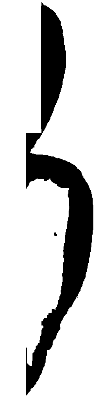
Dans les divers larynx que j'ai eus sous les yeux, j'ai con-

staté assez fréquemment la réunion du cricoïde au premier anneau de la trachée-artère, soit sur la partie antérieure, soit sur les côtés. L'ossification du premier anneau suit ordinairement celle du cricoïde.

Dimensions du cricoïde prises sur des larynx ossifiés ou en [voie] d'ossification.

	Femmes âgées de 45 ans.	55 ans.	62 ans.	70 ans.	75 ans.	85 ans.	92 ans.	Hommes âgés [de] 68 ans.	71 ans.	75 ans.
	Millimètres.							Millimètres.		
Hauteur de la partie postérieure dans le milieu.	19	17	18,5	19,5	10	19	20	21	22,5	22
Hauteur de la partie postérieure à côté du milieu.	23,5	19,5	20	21	13	23,5	21,5	25	25	26
Hauteur de la partie antérieure dans le milieu.	6,5	4,5	5	6	5,5	6,5	5,1	7	7	8
Épaisseur au niveau du tubercule articulaire latéral.	5	5	5,5	4	6	5	6	6,5	8	8
Épaisseur en devant sur la ligne médiane.	2	2	2,5	2	2	2	2	4	3	3
Épaisseur en arrière sur la ligne médiane.	4	4	4,5	4,5	4,5	4	5	5	6	6
Longueur du tubercule articulaire supérieur.	6	6,4	5	6,5	6	6	5,5	6,5	7	9
Largeur de ce tubercule.	3	3	2,8	3	3,7	3,5	3,2	4	4,5	4
Diamètre d'avant en arrière.	16	17	16	16	17,5	15,5	17,6	15,5	20	26

2° *Cartilage thyroïde.* — La transformation osseuse de ce cartilage commence ordinairement dans l'épaisseur du bord postérieur des lames latérales, entre les cornes supérieures et inférieures; elle s'étend ensuite dans les cornes elles-mêmes, mais l'ossification de la corne inférieure précède celle de l'autre corne. Deux autres parties sont affectées presque en même temps : c'est d'abord le point correspondant au tubercule situé sur le bord inférieur, et ensuite la saillie triangulaire qu'on rencontre à la base de la corne supérieure; de cette



dernière partie, l'ossification s'étend autour du trou, qui donne passage à des vaisseaux et à un rameau de la branche externe du nerf laryngé supérieur. Le dépôt de la matière osseuse finit par amener l'oblitération complète de ce trou ; ce qui explique sans doute comment un assez grand nombre d'anatomistes ont omis de le mentionner.

Du tubercule inférieur, l'ossification s'étend en avant et en haut, de manière à figurer, après un certain temps, une bande osseuse étendue verticalement dans le milieu des lames latérales. A ce degré de transformation, deux parties restent encore cartilagineuses : une petite portion comprise entre le trou et la bande osseuse dont nous venons de parler, et ensuite le quart antérieur de la lame ; c'est par ce dernier point que s'achève l'ossification.

L'oblitération du trou n'est pas la modification de forme qui résulte du changement d'état que nous étudions. Il est un autre fait sur lequel des anatomistes également recommandables sont dans un complet désaccord, et que l'examen du larynx à différents âges éclaircit entièrement. Un grand nombre d'anatomistes, en décrivant le thyroïde, ont parlé d'une ligne oblique qui, partant de la saillie triangulaire, située à la base de la corne supérieure, descend d'arrière en avant jusqu'au bord inférieur, et sépare ainsi le sixième postérieur de chaque lame des cinq sixièmes antérieurs. Des observateurs modernes ont repoussé ce fait ; M. Cruveilhier, par exemple, dit que les deux tubercules sont unis par une arcade aponévrotique, mais qu'il n'existe pas de ligne intermédiaire oblique, comme on le dit généralement (1).

M. Malgaigne, sans nier l'existence de la ligne, s'étonne de ce que les anatomistes indiquent comme constante une prétendue crête saillante qu'ils nomment *ligne oblique externe ;* il observe en outre, comme M. Cruveilhier, que le cordon tendineux étendu entre les deux tubérosités tient la place

---

(1) *Anat. descript.*, t. III, p. 487.

de la ligne oblique externe, qu'il n'a jamais vue (1).

Cette ligne, en effet, n'existe pas sur des thyroïdes cartilagineux, mais il est assez fréquent de l'observer sur des thyroïdes ossifiés (2).

L'épaississement du cartilage est le plus souvent la suite de l'ossification ; il ne se fait pas régulièrement, et peut porter sur divers points du cartilage. Quand il s'opère dans le bord inférieur, il peut former un obstacle à l'extension du mouvement de bascule que le cricoïde exécute sur le thyroïde, et contribuer ainsi à gêner la production des sons élevés de la voix de poitrine.

Les autres dimensions du thyroïde offrent beaucoup de variété. Les faits présentés dans le tableau suivant peuvent en donner idée.

CARTILAGE THYROÏDE.	FEMMES AGÉES DE							HOMMES AGÉS DE			
	45 ans.	55 ans.	62 ans.	70 ans.	75 ans.	85 ans.	92 ans.	68 ans.	71 ans.	75 ans.	[illegible]
	Millimètres.							Millimètres.			
Hauteur sur la ligne médiane. . . .	14	15	12	12,5	12,5	14	13	16	19	21	[illegible]
Profondeur de l'échancrure.	8,3	6,8	6,5	10	8	10	10	14	14	12	[illegible]
Hauteur des lames latérales au niveau du tubercule inférieur.	24	21	17,5	24	21	23,5	21,8	27	31	30	[illegible]
Dimension antéro-postérieure de chaque lame.	30	31	26,5	30	28	29,5	32,5	40	42,5	37	[illegible]
Longueur de la corne supérieure. . .	10	12,5	15	12	13	12,5	16	16	22	16	[illegible]
Son épaisseur	2	2,5	3	2	3	2	3	3	4	3	[illegible]
Longueur de la corne inférieure. . .	6,5	5	8	7,5	8,5	6	8	12	7,5	7	[illegible]
Son épaisseur	3,5	3	3	3,1	3,5	3	3,1	4	5	4,5	[illegible]

(1) *Archives gén. de méd.*, t. XXV, p. 204, 1[re] série.

(2) J'en possède plusieurs exemples ; l'un d'eux m'a été fourni par le thyroïde d'une femme de 75 ans. La ligne oblique s'y présente sous forme de crête saillante, ainsi qu'elle est décrite par les auteurs. Mais en général, il faut le dire, cette saillie longitudinale, quand elle existe, est molle et arrondie.

On voit, d'après ce tableau, qu'il peut y avoir des différences notables d'un individu à un autre. Ces différences sont indépendantes de l'âge; il en est une cependant qui peut dépendre de l'ossification : c'est la longueur des cornes supérieures. Dans les quelques faits que nous avons présentés, cette longueur varie entre 10 et 16 millimètres pour les femmes, et entre 13 et 22 pour les hommes. Un accident très-simple explique ces variations. Les *corpuscula triticea* s'ossifient à peu près en même temps que l'extrémité des grandes cornes du thyroïde; or, il arrive très-fréquemment que ces deux petits cartilages, en se transformant en os, se soudent à l'extrémité de la grande corne : dès lors, il est évident que la mesure prise avant ou après cette soudure doit donner une différence égale à la longueur des corpuscules. C'est de cette manière qu'il faut interpréter les mesures de la corne supérieure du thyroïde.

Je dois faire, relativement aux cornes inférieures, une remarque qui sort, il est vrai, de l'étude de l'ossification, mais qui s'applique aux chiffres contenus dans le tableau que je viens de présenter.

En étudiant le cricoïde, j'ai parlé du mouvement de bascule que le cartilage opère sur le thyroïde. Nous savons que la corne inférieure s'articule par la face interne de son extrémité, avec une petite facette articulaire placée sur les parties latérales du cricoïde. Une ligne passant par les deux articulations figure l'axe fictif autour duquel le cricoïde exécute ses mouvements. L'abaissement de la moitié antérieure de ce cartilage est limité par la membrane crico-thyroïdienne, et l'élévation de cette même partie est bornée par le thyroïde.

Nous savons en outre que chez l'adulte, il y a engagement partiel du cricoïde dans l'angle du thyroïde, tandis que chez le vieillard, par suite de l'ossification, cet engagement ne peut plus se faire. Le fait sur lequel je veux maintenant appeler l'attention aurait sur la voix une influence du même genre

que celle de l'épaississement du bord inférieur du thyroïde ou de la partie antérieure du cricoïde. En effet, plus l'espace compris antérieurement entre ces deux cartilages est grand, plus il doit y avoir de degrés dans la tension des cordes vocales; mais cet espace dépend de la longueur des cornes inférieures du thyroïde, dont la moindre variation dans la longueur de ces cornes exerce une influence sur l'intervalle crico-thyroïdien. En jetant les yeux sur le tableau que nous venons de former avec les mesures du thyroïde, on peut s'assurer qu'il y a des différences notables d'un larynx à un autre, relativement à la longueur de ces cornes inférieures, et ces différences sont indépendantes des dimensions générales du cartilage.

En comparant, parmi les larynx de femme, celui de 45 ans à celui de 75, on peut voir en effet que, tandis que les dimensions principales sont plus grandes pour le premier, celles au contraire de la corne inférieure sont inverses : le larynx de 45 ans avait une corne inférieure de 6^{mm},5 de longueur, et celle du larynx de 75 ans en avait 8,5. Un fait de cette nature explique, en premier lieu, comment, entre deux personnes qui auraient des glottes parfaitement égales, il pourrait y avoir des différences notables dans le diapason de la voix; et, en second lieu, comment, entre deux glottes d'inégales dimensions, celle qui donnerait les notes les plus graves pourrait également atteindre aux notes les plus aiguës qui seraient engendrées par l'autre.

L'explication des phénomènes physiologiques de la voix est de nos jours encore appuyée sur tant de données incertaines, qu'il importe de noter scrupuleusement les faits positifs dont l'application est simple et fertile.

Il ne me reste à faire qu'une remarque générale sur la disposition du thyroïde. Il est très-fréquent de noter un défaut de symétrie entre les deux moitiés du cartilage, et cette remarque est applicable à l'ensemble du larynx; on peut, sur le

vivant, constater en partie cette irrégularité : en portant le doigt sur l'échancrure médiane du thyroïde, on s'assure que, dans beaucoup de cas, les deux angles arrondis ne sont pas sur le même plan.

La glotte peut subir elle-même des déviations assez considérables; la fente antéro-postérieure comprise entre les deux lèvres inférieures peut obliquer à droite ou à gauche. Je ne doute pas que, dans beaucoup de cas, le défaut de justesse de la voix ne se lie à une altération de forme de ce genre. Là se trouverait l'explication du fait singulier de la discordance observée chez certains individus entre l'oreille et le larynx. Une personne, par exemple, qui lit la note *ré*, et qui apprécie parfaitement le son de cette note, donnera, je suppose, un *mi* ou un *do*, si elle cherche à la reproduire avec son larynx.

M. Hubert, directeur de l'Orphéon, me communiquait dernièrement un fait de cette nature : il a observé un élève de son école qui lit exactement les notes, et qui peut écrire correctement la mélodie qu'on lui fait entendre; mais s'il cherche à la rendre avec son larynx, il exécute une mélodie toute différente. Si la perception est nette, la volonté juste, il faut bien admettre que l'instrument est faux.

3° *Cartilages aryténoïdes.* — La transformation du cricoïde et du thyroïde est très-avancée lorsque celle des aryténoïdes commence; enfin, elle est achevée dans les deux premiers cartilages longtemps avant que les aryténoïdes soient entièrement ossifiés.

Le premier dépôt de la matière osseuse se fait dans le milieu de la base; il s'étend ensuite vers l'apophyse externe, à laquelle s'attachent les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs et crico-aryténoïdiens latéraux. Pendant que la transformation marche dans la base, un autre point d'ossification se développe vers le sommet; les parties intermédiaires à ce point et à la base ne tardent pas à se convertir en os; enfin, il n'est pas rare, après l'ossification complète du thyroïde,

de trouver une bonne portion des aryténoïdes ossifiée. Il est deux points qui résistent très-longtemps à l'altération : c'est le sommet et l'apophyse interne. Sur plusieurs larynx dont le cricoïde et le thyroïde paraissaient ossifiés depuis longtemps, j'ai trouvé ces deux points cartilagineux. La persistance de cet état, la couleur plus jaune et la plus grande élasticité de ces deux parties, m'avaient fait penser un instant qu'elles étaient fibro-cartilagineuses; mais l'examen microscopique m'a désabusé, et j'ai pu, dans un cas, constater au sommet un commencement d'ossification inappréciable à l'œil nu.

Quoi qu'il en soit, je n'ai jamais observé l'ossification entière de ces deux points, même après quatre-vingt-dix ans. La transformation du sommet doit précéder celle de l'apophyse interne; car le microscope permet d'apercevoir le commencement du dépôt de la matière osseuse dans le premier point, tandis que le second n'a encore subi aucun changement.

Je vais terminer ces considérations en donnant la mesure de quelques aryténoïdes. Si ces dimensions isolées n'ont aucune valeur absolue, elles peuvent acquérir, au contraire, une grande importance, dans l'étude comparative du larynx des enfants et des vieillards.

CARTILAGES ARYTÉNOÏDES.	FEMMES AGÉES DE							HOMMES AGÉS		
	45 ans.	55 ans.	62 ans.	70 ans.	75 ans.	85 ans.	92 ans.	68 ans.	71 ans.	75 ans.
	Millimètres.							Millimètres		
Hauteur au bord externe.	14	13	13	14	8,5	14,5	15	10	12,5	13
Hauteur au bord interne.	9	11	11	13	7	12	10,8	8	11,5	16
Distance de l'angle externe à l'angle interne	11	8,5	9	10	9,5	11	9,8	14	15	14
rgeur de la face postérieure dans le milieu.	6,5	6,5	6	6	6	6,5	6,5	8	8,5	9
rgeur de la face interne à la base. .	6,5	5	6	5,5	6	6	5	5	5	9

Résumé. — L'étude de l'ossification des cartilages du larynx sert à éclairer plusieurs points de l'histoire anatomique et physiologique de l'organe de la voix.

1° Bien que l'âge soit une des causes de la transformation osseuse des cartilages, néanmoins l'époque de la vie à laquelle commence ce changement d'état est extrêmement variable.

2° Lorsque cette altération s'opère, elle débute constamment par certains points du cartilage : ce sont ordinairement les points correspondants à des insertions musculaires.

3° L'ossification commence par le cartilage cricoïde; elle finit par les cartilages aryténoïdes.

4° Quand le cricoïde est entièrement transformé, ses dimensions générales peuvent être modifiées de telle sorte, que la partie antérieure du cartilage ne puisse plus s'engager sous le thyroïde, d'où la difficulté de produire les sons élevés de la voix de poitrine.

5° Le thyroïde, par suite de l'ossification, subit des changements notables : le trou qu'on observe ordinairement au devant du tubercule supérieur s'oblitère; la ligne oblique décrite par certains anatomistes, contestée par d'autres, peut apparaître sous forme de crête ou de ligne arrondie; le bord inférieur du cartilage s'épaissit et gêne l'engagement du cartilage cricoïde.

6° Une disposition indépendante de l'ossification peut exercer une grande influence sur l'extension du mouvement de bascule du cartilage cricoïde : c'est la longueur de la corne inférieure du thyroïde. Cette longueur est très-variable, et ne dépend pas des dimensions générales du cartilage.

7° Deux parties des aryténoïdes résistent très-longtemps à l'ossification : ce sont les apophyses supérieures et les apophyses internes.

8° Il faut ranger parmi les cartilages du larynx les *corpuscula triticea*, qui, en s'ossifiant, se soudent le plus souvent à la grande corne du cartilage thyroïde.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie pathologique. — Pathologie et thérapeutique médico-chirurgicales.

Perforation ulcéreuse de la crosse de l'aorte (*Obs. de — au fond d'un abcès du cou ; hémorrhagie devenue mortelle au bout de 48 heures*) ; par le Dr George Busk. — Nous avons inséré dans un de nos derniers numéros (*Arch. de méd.*, t. XII, p. 86) une observation de perforation de la veine jugulaire, au fond d'un abcès du cou. L'observation que nous allons faire connaître se rapproche de la précédente, mais elle est infiniment plus rare et plus curieuse: car il ne s'agit plus ici de perforation de la veine jugulaire, mais bien de la perforation de la crosse de l'aorte.

Le 1er juin 1846, l'auteur fut appelé auprès d'une femme pour une hémorrhagie considérable qui avait eu lieu par une plaie ulcérée du cou. Cette hémorrhagie s'était produite subitement une heure auparavant et sans aucune cause déterminante apparente. L'auteur trouva cette femme un peu affaiblie : elle avait perdu une quantité considérable de sang par une petite ouverture fistuleuse située à la partie inférieure et antérieure du cou. L'auteur plaça une compresse graduée sur la plaie, et l'hémorrhagie cessa immédiatement. Dans la soirée, en enlevant l'appareil, il reconnut exactement sur la ligne médiane en avant, et immédiatement au-dessus du bord supérieur du sternum, une cavité en forme d'entonnoir, de 1 pouce et demi de large transversalement, et dans laquelle les téguments étaient refoulés. Cette cavité offrait une ouverture fistuleuse d'un huitième de pouce de diamètre; et dans cette ouverture on apercevait quelques petits bourgeons charnus. Le tout avait l'aspect d'une vieille fistule calleuse, dans laquelle on aurait laissé séjourner longtemps une canule trachéenne. Toutefois, elle ne communiquait pas avec les voies aériennes. Les parties voisines de la fistule étaient épaissies et indurées. D'abord il ne s'écoula aucun liquide lorsqu'on eut enlevé la compression, même en pressant sur les parties voisines ; et l'auteur en conclut que, si le trajet fistuleux communiquait avec une cavité,

cette dernière était certainement cachée derrière le sternum et les clavicules. Tout d'un coup cette femme fut prise d'accès de toux, et l'entonnoir extérieur se remplit de sang artériel, qui s'écoula d'une manière continue et non par jets. Cependant, en y regardant avec plus d'attention, on s'aperçut qu'il y avait des rémittences assez distinctes. L'hémorrhagie fut immédiatement arrêtée au moyen d'une nouvelle compression. La malade était une femme de 35 ans, d'une constitution bonne en apparence, et qui n'offrait aucune trace de maladie scrofuleuse. Elle racontait que quatorze ans auparavant elle s'était aperçue d'une petite tumeur dure à la partie inférieure du cou, et dans le point occupé alors par l'ulcération fistuleuse. Cette tumeur n'avait jamais occasionné à la malade d'embarras ni de douleur jusqu'à six mois auparavant, époque où elle fut admise dans la maison de travail de Greenwich. Bientôt après la tumeur du cou s'enflamma et suppura. On laissa l'abcès s'ouvrir spontanément, ce qui eut lieu cinq mois auparavant. Il en sortit une grande quantité de matière blanche; cet écoulement avait continué depuis et sans interruption, quelquefois en quantité considérable. Du reste, la malade ne toussait pas et n'avait pas la respiration gênée. Le lendemain matin on s'aperçut que le sang s'infiltrait à travers les bandes ; on envoya chercher un chirurgien, M. Bradley, qui, aussitôt qu'il eut retiré le bandage, vit le sang sortir avec une force telle que le jet dépassait en hauteur la tête de la malade. Il se hâta de comprimer l'orifice, et il reconnut alors, dans l'épanchement de sang qui remplissait la cavité de l'abcès, des battements diffus semblables à ceux d'une tumeur anévrysmale. C'était la première fois qu'on trouvait des battements dans le voisinage de l'ouverture fistuleuse. La mort eut lieu 48 heures après le début de l'hémorrhagie. — *Autopsie.* Une grande quantité de caillots grumeleux à demi fluides et extrêmement fétides remplissait l'ouverture fistuleuse et la cavité qui était située derrière cette ouverture. La cavité, large et irrégulière, présentait l'aspect d'un vieil abcès. La surface interne était inégale, rugueuse, floconneuse, et les parois, d'une épaisseur variable, étaient constituées par les tissus voisins indurés. Dans cette masse épaisse se trouvaient compris quelques ganglions engorgés, mais non tuberculeux. Cette cavité occupait la presque totalité de la partie antérieure du cou, au-dessous du cartilage thyroïde, bornée en arrière à la trachée, qui était tapissée d'une couche épaisse, et en avant par les téguments et l'aponévrose, ainsi que par les muscles sterno-thyroïdiens et thyro-hyoïdiens, et une partie des mus-

cles sterno-mastoïdiens, tous ces muscles fortement atrophiés. Cette cavité se prolongeait à droite, en bas et en arrière, entre la bronche droite et l'artère innominée, derrière la racine du poumon droit (dont le sommet avait été induré par la compression). Elle se prolongeait au devant et à droite du corps des deux ou trois premières vertèbres dorsales, dont le tissu ligamenteux formait, pour ainsi dire, une portion des parois de l'abcès. Ces os étaient le siége de plusieurs petites exostoses, qui indiquaient l'ancienneté du travail inflammatoire. En bas, la partie antérieure de l'abcès gagnait le côté droit de la crosse de l'aorte, ou plutôt de l'aorte ascendante, et dans une étendue de 2 pouces environ au-dessous de l'origine de l'artère innominée, la tunique celluleuse externe de ce vaisseau, aussi bien que celle de l'artère innominée dans la plus grande partie de son côté externe, était complétement détruite. La membrane moyenne était à nu, et se distinguait à sa structure fibreuse. Au centre de la portion dénudée de l'aorte, était une petite ouverture ou fissure d'un huitième de pouce de large, ouverture dont la direction était oblique par rapport au vaisseau. A l'intérieur de l'aorte, on voyait la membrane interne présentant au même niveau une fente étroite, dont les bords étaient coupés net, et comme s'ils venaient d'être déchirés quelques instants auparavant. Dans le voisinage de l'ouverture, il y avait un dépôt très-mince de fibrine; il en était de même à la surface interne de l'artère innominée; et dans le point qui confinait à l'abcès, les membranes étaient minces et transparentes, mais sans ulcération. La bronche droite présentait, là où elle avait été en rapport avec l'abcès, un point noir et un peu de rugosité de la membrane muqueuse. Le cœur et les vaisseaux étaient parfaitement sains. (*London med.-chir. transactions*, t. XXIX; 1846.)

En l'absence de renseignements détaillés sur les antécédents de cette malade, il est impossible de se prononcer sur la nature de l'abcès du cou; il paraît toutefois probable qu'il s'est développé dans les ganglions lymphatiques de la partie inférieure du cou ou des régions environnantes. Ce qu'il y a de vraiment intéressant dans cette observation, c'est la communication qui s'était établie entre cet abcès et la crosse de l'aorte, par suite d'un travail d'ulcération. On comprend que, si cette communication avait eu lieu à une époque antérieure, et avant l'ouverture de l'abcès à l'extérieur, il eût été très-difficile, pour ne pas dire impossible, de ne pas prendre cet abcès pour un anévrysme. Enfin, une circonstance fort intéressante, c'est que la malade ait pu survivre 48 heures à

la perforation de l'aorte, et surtout qu'on ait pu se rendre maître, même momentanément, d'une pareille hémorrhagie.

Abcès des oreillettes du cœur (*Obs. d' — ouvert dans le ventricule gauche et les sinus aortiques*; *mort par péricardite*); par le Dr Th. Bevill Peacock. — Une femme de 35 ans, adonnée à tous les excès, qui avait plusieurs fois cherché à se faire avorter en prenant des préparations mercurielles, et qui avait ressenti récemment des douleurs rhumatismales, entra à l'infirmerie royale d'Édimbourg le 22 avril 1843, pour un gonflement du genou droit. Elle y était depuis quelques jours, lorsqu'elle fut prise d'accès de dyspnée effroyables; ces accès se répétaient à des intervalles assez rapprochés, et aussitôt qu'ils avaient disparu, la malade paraissait ne plus éprouver de gêne de la respiration, et se couchait indifféremment sur le dos et sur l'un ou l'autre côté.—A l'*autopsie*, on trouva un épanchement de liquide jaunâtre, opaque, dans la péricarde, et les deux feuillets de cette membrane tapissés d'une couche de lymphe plastique qui, très-mince sur les ventricules, formait au contraire une couche fort épaisse sur les oreillettes, à l'origine des gros vaisseaux, et sur le trajet des artères coronaires. Le cœur avait son volume ordinaire. Les valvules pulmonaires, mitrale et tricuspide étaient saines; les valvules aortiques, au contraire, étaient fort malades. A la base de la valvule droite, il y avait une petite ouverture au niveau du sinus de Valsalva, ouverture dans laquelle on pouvait introduire facilement un stylet; dans le repli de la valvule gauche, il y avait une autre ouverture plus large. Mais la valvule la plus malade était certainement la valvule postérieure, qui, dans toute sa surface ventriculaire et à sa base surtout, était couverte de masses molles et jaunâtres de lymphe plastique; en outre, la partie membraneuse était percée de petits trous et ramollie. Les cavités qui étaient situées derrière les valvules droite et gauche, et qu'on aurait pu prendre pour des dilatations des sinus de Valsalva, résultaient de la séparation de la base de ces valvules à leur point d'insertion sur la zone fibreuse; c'est ce dont il était facile de s'assurer pour la valvule droite, dont il restait encore quelques débris au point d'attache. Mais ces deux ouvertures présentaient ceci de particulier, qu'elles communiquaient avec une cavité creusée dans les parois des oreillettes. Cette cavité était biloculaire et séparée en deux par la cloison des oreillettes; il en résultait deux tumeurs distinctes qui se projetaient chacune dans une oreillette. Chacune

d'elles aurait pu loger une noisette et était tapissée par une membrane distincte; elles contenaient du pus mêlé à du sang coagulé. Les parois de l'oreillette étaient fortement épaissies et infiltrées de sérosité au niveau de ces trajets fistuleux; du côté du péricarde, le liquide qui était renfermé dans leur intérieur n'était séparé de la cavité de cette membrane que par une lamelle très-mince, à travers laquelle on apercevait le pus. (*Edinb. med. and surg. journal*, octobre 1846.)

Ce fait montre, de la manière la plus évidente, comment s'opère l'anévrysme disséquant du cœur; si le sang n'a pénétré dans les trajets fistuleux qu'en petite quantité, cela tenait sans doute à l'étroitesse de l'ouverture du côté de l'aorte. C'est donc un fait à rapprocher de celui du Dr Todd, qui a déjà figuré dans ce journal (*Arch. gén. de méd.*, t. XIII, p. 104; 1847).

Calcul biliaire (*Obs. de — volumineux qui s'est frayé une voie par l'hypochondre droit, avec rupture de la vésicule et fistule biliaire consécutive*); par le Dr Santo Nobili. — Un paysan âgé de 39 ans entra à l'hôpital de Caravache pour une dysenterie qui remontait déjà à six ans, mais qui s'était aggravée depuis un mois. Il était maigre et d'aspect cachectique; il éprouvait des douleurs fréquentes à l'épigastre, de la constriction vers les hypochondres, de l'entéralgie avec ténesme; en outre, il lui était impossible de se courber en avant. En palpant la région abdominale, l'auteur sentit de la rénitence dans la région du foie. Deux mois après, aux phénomènes précédents s'étaient ajoutées une petite fièvre qui revenait chaque soir et une tuméfaction encore plus notable de la région hépatique. Supposant qu'il devait y avoir un corps étranger, l'auteur appliqua de la potasse caustique sur le point le plus saillant. L'incision de l'eschare donna issue à une grande quantité de matière blanche, inodore, et par l'ouverture on sentit, avec le stylet, un corps dur que l'on prit d'abord pour une fausse côte. La plaie fut dilatée avec de l'éponge. Au cinquième jour, on distinguait à l'œil nu, au fond de la plaie, un corps noir qui remplissait la cavité de l'abcès, et que par une seconde erreur on prit pour une côte sphacélée. Près d'un mois et demi après, on put extraire de la plaie un gros calcul biliaire, piriforme, long de deux pouces et demi, de huit lignes d'épaisseur, à pointe émoussée vers le bas, l'extrémité supérieure ou base rugueuse à sa surface. Un stylet recourbé pénétrait, dans toute sa longueur, dans un canal qui longeait la partie convexe du foie, de bas en haut et d'avant

en arrière ; une bougie pénétrait de même dans une profondeur de sept pouces. Tous les matins, les pièces du pansement étaient imprégnées de bile jaune, inodore, qui remplissait également l'ouverture ; le soir, il n'y avait qu'un liquide séreux et de petite quantité. Les évacuations alvines étaient régulières, mais de couleur cendrée ; les urines ne présentaient rien de particulier. Au moment où cette observation a été publiée, le malade se levait, se promenait dans les salles de l'hôpital, et se trouvait très-bien sous tous les rapports, à l'exception de la fistule. (*Annali universali di medicina*, février 1847).

Rupture des valvules aortiques (*Obs. de —, produite par de violents efforts*) ; par le Dr Richard Quain. — Obs. I. Un fabricant d'instruments de musique, âgé de 26 ans, s'aperçut, au mois d'août 1843, qu'un de ses ouvriers se servait avec indolence d'un de ces lourds marteaux destinés à battre le cuivre. Il alla à lui, et, saisissant avec colère l'instrument, il s'en servit pour frapper vigoureusement la lame de cuivre ; mais à peine avait-il donné quelques coups, qu'il fut pris subitement de la douleur la plus atroce à la région du cœur, et qu'il fut obligé de se retirer dans son appartement. État voisin de la syncope, gêne considérable de la respiration ; bruits particuliers dans la poitrine, le cou et les oreilles, et en outre, des tremblotements douloureux à la région du cœur. Le lendemain, il reprit encore son travail ; mais une semaine après, il lui fallut y renoncer. Sensation de gêne à la région du cœur et palpitations de cet organe, respiration courte, impossibilité de faire aucun effort, battements dans le cou ; en outre, l'auscultation faisait reconnaître, au niveau des valvules aortiques, et remplaçant les bruits normaux, un murmure double, musical ; le pouls était bondissant, comme il l'est ordinairement dans les cas de cette espèce. Cinq semaines après, on reconnut tous les signes d'une dilatation avec hypertrophie du cœur, et le murmure avait pris une si grande intensité, qu'on le percevait à plusieurs pouces de distance de l'extrémité auriculaire du stéthoscope. Quatre mois après, ayant eu l'imprudence de faire un travail un peu fort, il éprouva aussitôt une sensation douloureuse à la région précordiale, et l'on put constater que le murmure systolique avait augmenté d'intensité. Depuis cette époque jusqu'au mois d'août 1845, où la mort eut lieu subitement dans un accès de dyspnée, le malade présenta les plus grandes alternatives de bien et de mal : ce ne fut qu'un mois avant la mort qu'on vit paraître l'œdème des

d'elles aurait pu loger une noisette et était tapissée par une membrane distincte; elles contenaient du pus mêlé à du sang coagulé. Les parois de l'oreillette étaient fortement épaissies et infiltrées de sérosité au niveau de ces trajets fistuleux; du côté du péricarde, le liquide qui était renfermé dans leur intérieur n'était séparé de la cavité de cette membrane que par une lamelle très-mince, à travers laquelle on apercevait le pus. (*Edinb. med. and surg. journal*, octobre 1846.)

Ce fait montre, de la manière la plus évidente, comment s'opère l'anévrysme disséquant du cœur; si le sang n'a pénétré dans les trajets fistuleux qu'en petite quantité, cela tenait sans doute à l'étroitesse de l'ouverture du côté de l'aorte. C'est donc un fait à rapprocher de celui du Dr Todd, qui a déjà figuré dans ce journal (*Arch. gén. de méd.*, t. XIII, p. 104; 1847).

Calcul biliaire (*Obs. de — volumineux qui s'est frayé une voie par l'hypochondre droit, avec rupture de la vésicule et fistule biliaire consécutive*); par le Dr Santo Nobili. — Un paysan âgé de 39 ans entra à l'hôpital de Caravache pour une dysenterie qui remontait déjà à six ans, mais qui s'était aggravée depuis un mois. Il était maigre et d'aspect cachectique; il éprouvait des douleurs fréquentes à l'épigastre, de la constriction vers les hypochondres, de l'entéralgie avec ténesme; en outre, il lui était impossible de se courber en avant. En palpant la région abdominale, l'auteur sentit de la rénitence dans la région du foie. Deux mois après, aux phénomènes précédents s'étaient ajoutées une petite fièvre qui revenait chaque soir et une tuméfaction encore plus notable de la région hépatique. Supposant qu'il devait y avoir un corps étranger, l'auteur appliqua de la potasse caustique sur le point le plus saillant. L'incision de l'eschare donna issue à une grande quantité de matière blanche, inodore, et par l'ouverture on sentit, avec le stylet, un corps dur que l'on prit d'abord pour une fausse côte. La plaie fut dilatée avec de l'éponge. Au cinquième jour, on distinguait à l'œil nu, au fond de la plaie, un corps noir qui remplissait la cavité de l'abcès, et que par une seconde erreur on prit pour une côte sphacélée. Près d'un mois et demi après, on put extraire de la plaie un gros calcul biliaire, piriforme, long de deux pouces et demi, de huit lignes d'épaisseur, à pointe émoussée vers le bas, l'extrémité supérieure ou base rugueuse à sa surface. Un stylet recourbé pénétrait, dans toute sa longueur, dans un canal qui longeait la partie convexe du foie, de bas en haut et d'avant

en arrière ; une bougie pénétrait de même dans une profondeur de sept pouces. Tous les matins, les pièces du pansement étaient imprégnées de bile jaune, inodore, qui remplissait également l'ouverture ; le soir, il n'y avait qu'un liquide séreux et de petite quantité. Les évacuations alvines étaient régulières, mais de couleur cendrée ; les urines ne présentaient rien de particulier. Au moment où cette observation a été publiée, le malade se levait, se promenait dans les salles de l'hôpital, et se trouvait très-bien sous tous les rapports, à l'exception de la fistule. (*Annali universali di medicina*, février 1847).

Rupture des valvules aortiques (*Obs. de —, produite par de violents efforts*) ; par le Dr Richard Quain. — Obs. I. Un fabricant d'instruments de musique, âgé de 26 ans, s'aperçut, au mois d'août 1843, qu'un de ses ouvriers se servait avec indolence d'un de ces lourds marteaux destinés à battre le cuivre. Il alla à lui, et, saisissant avec colère l'instrument, il s'en servit pour frapper vigoureusement la lame de cuivre; mais à peine avait-il donné quelques coups, qu'il fut pris subitement de la douleur la plus atroce à la région du cœur, et qu'il fut obligé de se retirer dans son appartement. État voisin de la syncope, gêne considérable de la respiration ; bruits particuliers dans la poitrine, le cou et les oreilles, et en outre, des tremblotements douloureux à la région du cœur. Le lendemain, il reprit encore son travail ; mais une semaine après, il lui fallut y renoncer. Sensation de gêne à la région du cœur et palpitations de cet organe, respiration courte, impossibilité de faire aucun effort, battements dans le cou; en outre, l'auscultation faisait reconnaître, au niveau des valvules aortiques, et remplaçant les bruits normaux, un murmure double, musical; le pouls était bondissant, comme il l'est ordinairement dans les cas de cette espèce. Cinq semaines après, on reconnut tous les signes d'une dilatation avec hypertrophie du cœur, et le murmure avait pris une si grande intensité, qu'on le percevait à plusieurs pouces de distance de l'extrémité auriculaire du stéthoscope. Quatre mois après, ayant eu l'imprudence de faire un travail un peu fort, il éprouva aussitôt une sensation douloureuse à la région précordiale, et l'on put constater que le murmure systolique avait augmenté d'intensité. Depuis cette époque jusqu'au mois d'août 1845, où la mort eut lieu subitement dans un accès de dyspnée, le malade présenta les plus grandes alternatives de bien et de mal : ce ne fut qu'un mois avant la mort qu'on vit paraître l'œdème des

membres inférieurs ; en outre, dans les derniers temps, l'urine présentait parfois de l'albumine, et l'on distinguait les signes du reflux du sang dans la veine jugulaire. — A l'*autopsie*, le cœur, très-volumineux, pesait 22 onces et demie ; toutes ses cavités étaient élargies et remplies de sang ; la crosse de l'aorte était un peu dilatée. Deux des valvules aortiques étaient détachées des parois du vaisseau, dans le point où ces valvules se réunissent par leur extrémité ; de sorte qu'elles se trouvaient placées au-dessous du niveau de la valvule saine. Dans le point où ces deux valvules s'inséraient autrefois, on distinguait une tumeur superficielle, d'un tiers de pouce de long sur un quart de pouce de large. Le bord d'une de ces valvules était légèrement renversé en dehors, et tapissé de petites granulations ; on eût dit que la membrane interne avait été détachée dans ce point. L'eau qu'on jetait dans l'aorte pénétrait immédiatement dans le ventricule. Les bronches étaient épaissies, et leur membrane muqueuse congestionnée ; le foie volumineux et descendant presque jusqu'à l'ombilic, les reins congestionnés et marbrés çà et là à leur surfaee.

Obs. II. — Un portier voulut, dans un état d'ivresse, forcer avec ses épaules une porte qu'on avait fermée sur lui : au même instant, il fut pris d'une sensation d'oppression à la poitrine. L'auscultation fit reconnaître les signes de l'insuffisance des valvules aortiques. La respiration s'embarrassa, le cœur augmenta de volume, il survint de l'anasarque, et la mort eut lieu dix-huit mois après. La lésion consistait en ce que le bord convexe de l'une des valvules aortiques avait été arraché à son point d'attache.

Obs. III. — Un charpentier âgé de 54 ans portait une poutre sur son dos, et se disposait à s'en débarrasser, lorsqu'il éprouva une douleur violente à la région du cœur ; il laissa tomber le bois dont il était chargé. Au même instant, palpitations de cœur, gêne de la respiration, bruit particulier dans la poitrine ; plus tard, de l'orthopnée, de l'ascite, de l'anasarque. Lorsque l'auteur le vit, les battements du cœur se percevaient et se sentaient au-dessous de la septième côte ; l'impulsion était ondulante et plus étendue qu'énergique. Frémissement vibratoire dans toute la région précordiale, se percevant aussi dans la carotide et la sous-clavière, beaucoup moins à gauche qu'à droite ; pouls bondissant. La matité de la région précordiale s'étendait de bas en haut, à partir de la septième côte, suivant une ligne qui allait aboutir à l'épaule droite, dans une étendue de 5 pouces. Elle mesurait 3 pouces trois

quarts de bas en haut, à partir du cartilage de la troisième côte. Le second bruit était remplacé par un fort murmure musical, qui avait son maximum au niveau de la base du cœur; quant au premier bruit, il était également remplacé par un murmure, moins fort que le précédent et se propageant dans les carotides. Ce malade est encore vivant.

Obs. IV. — Un palefrenier de 26 ans faisait courir un cheval pour le montrer à un acheteur, lorsqu'il fut pris des mêmes phénomènes que le malade précédent. Un an après, il entra à l'hôpital Saint-Georges, avec de la toux, de la dyspnée, les signes physiques d'une hypertrophie du cœur, et un bruit de souffle se percevait à la base du cœur. Il succomba deux mois après son entrée. Les valvules aortiques étaient fortement épaissies. Deux de ces valvules avaient leur cloison détruite, comme chez le premier malade; de sorte qu'elles ne formaient qu'une seule et même poche, de forme irrégulière.

De ces observations, M. le Dr Quain a déduit les conclusions suivantes:

1° Les valvules placées à l'origine de l'aorte sont susceptibles de devenir le siége d'altérations graves pendant les efforts musculaires;

2° Ces altérations paraissent survenir, lorsque le cœur se contracte d'une manière vigoureuse, sous l'influence d'une excitation puissante;

3° Ces altérations ne sont pas toujours funestes immédiatement, mais elles amènent presque constamment la mort dans un intervalle d'un an ou deux, pourvu que la lésion soit suffisante pour nuire notablement aux fonctions des valvules;

4° Les symptômes, les signes et les effets de ces altérations ressemblent à ceux que déterminent les maladies de ces valvules. (*Monthly journal of med. scienc.*, décembre 1846.)

Cataracte (*Recherches statistiques sur l'opération de la*); par le Dr Sichel. — Nous avons publié, il y a quelque temps (*Archives générales de médecine*, t. XI, p. 477, 4e série), une statistique des résultats d'opérations de cataracte pratiquées par le professeur Jaeger, de Vienne. Dans cette statistique, ce praticien s'est exclusivement borné à indiquer si ses malades ont été guéris ou s'ils sont restés aveugles. On ne sait, d'après ses expressions, si les personnes guéries ont toutes parfaitement recouvré la vue, au point d'être en état de reprendre leurs occupations, de lire, d'écrire, etc.

y en a dans le nombre dont la vision, plus imparfaite, leur a seulement permis de se conduire, de voir les gros objets, etc. Pour les malades restés aveugles, on ne sait pas non plus si cette catégorie contient seulement ceux des opérés dont la vue a été complétement et incurablement détruite par la fonte purulente du globe de l'œil, par son atrophie, par l'amaurose consécutive à l'ophthalmie interne, etc., ou si elle comprend aussi ceux chez qui il s'est développé des cataractes capsulaires secondaires ou d'autres accidents donnant seulement lieu à un succès incomplet.

De son côté, M. Sichel a publié dans les nos 62 et 66 de la *Gazette des hôpitaux* de 1846, une statistique des résultats d'opérations de cataracte qu'il a pratiquées, et dans laquelle il s'est efforcé de mieux définir ces différentes catégories ou gradations de succès. L'auteur appelle *succès complet* ou simplement *succès* le résultat d'une opération de cataracte qui permet au malade de se conduire facilement, sans lunettes, à l'intérieur de l'appartement ou dans des endroits peu fréquentés, de sortir seul dans les rues et de distinguer des objets assez distants à l'aide de verres convexes ordinaires entre les nos 10 à 4 (10 à 4 pouces de foyer); enfin, de se livrer à ses occupations habituelles, à la lecture, à l'écriture, etc., en se servant de lunettes à cataracte entre les nos 72 et 27 (72 à 27 lignes de foyer). Toutes les fois que, par des accidents secondaires, tels que des lambeaux de la cristalloïde restés dans le champ de la vision, celle-ci n'a pas la perfection que nous venons de définir, ce n'est qu'un *demi-succès* ou *succès incomplet*. Il range dans la même catégorie toute cataracte secondaire opérable. Enfin, toutes les fois qu'à la suite d'une opération de cataracte faite dans d'heureuses conditions, il y a cécité complète et incurable par des accidents consécutifs, c'est un *insuccès complet*.

M. Sichel qualifie lui-même cette statistique d'*essai préliminaire*. Elle n'est, en effet, basée que sur une série de 100 yeux opérés; et comme, selon lui, deux ou plusieurs séries successives peuvent offrir de grandes inégalités entre elles, il annonce un travail plus vaste basé sur un dépouillement de plusieurs centaines d'opérations.

Néanmoins, voici les résultats statistiques que cette série a fournies à M. Sichel, dans laquelle les méthodes d'extraction, d'abaissement, et de broiement, ont été employées à tour de rôle, d'après des indications particulières et rationnelles :

Sur 100 yeux opérés sur 67 individus (dont 33 l'ont été de deux yeux, 34 d'un seul œil) il y a eu 85 *succès complets*, dont 41 par

l'abaissement ou le broiement, 42 par l'extraction, et 2 par l'extraction scléroticale; 8 demi-succès, dont 4 par l'abaissement ou le broiement, et 4 par l'extraction; et 7 *insuccès complets*, dont 5 par l'extraction, et 2 par l'abaissement ou le broiement. Du nombre des insuccès, 1 doit être défalqué comme étant dû à une amaurose reconnue et déclarée incurable avant l'opération.

Sur les 67 individus, 65 ont recouvré la vue; 1 seul, opéré par extraction, l'a perdue complétement, et un second (celui qui était amaurotique) est resté aveugle.

Exprimé d'une autre façon, le résultat de ce premier dépouillement statistique donne au delà des quatre cinquièmes de la somme totale des yeux opérés en faveur des succès complets, et 93 succès sur 100 cas, en y comprenant les démi-succès. Evidemment, le nombre des individus restés aveugles et incurables est minime.

Luxation du coude (*Plaie contuse et pénétrante de l'articulation; guérison*); obs. par le Dr James Prior. — Un homme de 34 ans était occupé à soulever un poids considérable avec un cric, lorsque la chaîne qui le soutenait se rompit subitement; le tour se déroula aussitôt; le manche vint frapper avec violence le coude à la partie inférieure, et produisit une plaie si grave qu'il fut transporté immédiatement à l'hôpital naval. Examiné une heure après, il présentait l'état suivant : large plaie à la partie inférieure de l'articulation huméro-cubitale, accompagnée d'une désunion de toutes les parties musculaires, ligamenteuses et autres, excepté en avant. La tête du radius et le cubitus avaient été arrachés et portés en haut et en avant vers l'humérus; les condyles de ce dernier os, et une partie de son corps, dans une étendue de 2 pouces $1/2$ à 3 pouces, sortaient en arrière par la plaie et formaient presque un angle droit avec l'avant-bras. Cette portion de l'humérus était entièrement dénudée, comme si on l'eût raclée avec grand soin pendant plusieurs heures. Il n'y avait presque plus d'hémorrhagie; des lambeaux musculaires pendaient hors de la plaie. Cette plaie était tellement grave que l'auteur fut sur le point de se ranger à l'opinion de ceux des assistants qui penchaient pour l'opération immédiate. Cependant, avant d'y avoir recours, il voulut réduire la luxation, ce qui s'opéra assez facilement. Alors il fut facile de reconnaître qu'il n'y avait aucune fracture, et que les vaisseaux et les nerfs du bras n'étaient nullement lésés. Cette dernière circonstance, jointe au refus du malade de se soumettre à l'opération, décidèrent l'auteur à tenter la conservation du membre. La peau fut rapprochée

sans efforts et sans employer de sutures; une compresse imbibée de sang fut placée sur la peau; le membre fut placé dans la demi-flexion et maintenu par une attelle. Dans la soirée, il eût quelques frissons, et dans la nuit il souffrit beaucoup de son membre qui se gonfla et devint extrêmement chaud. Le surlendemain, la fièvre s'alluma; en même temps le gonflement et la chaleur du membre malade avaient augmenté, et il s'était montré quelques vésicules noirâtres autour de l'articulation. Le sixième jour, la plaie fournissait beaucoup de pus et commençait à se couvrir de granulations; le quatorzième jour, on ouvrit un abcès qui s'était formé au milieu de la hauteur du bras, sur le trajet de l'artère brachiale; le dix-huitième jour, un autre abcès sur la tête du cubitus; le vingtième jour, un autre abcès vers le milieu du radius. Malgré tous ces accidents, et malgré un autre accident bien plus grave, la sortie du condyle interne de l'humérus à travers la plaie, la guérison n'eut pas moins lieu. Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que les surfaces articulaires ne se soudèrent pas. Peu à peu, le malade parvint à se servir de son membre, et lorsqu'il sortit de l'hôpital, le 22 mars, trois mois et demi après l'accident, il pouvait porter un poids de sept livres, et il avait même soulevé un poids de treize livres. Il a repris depuis ses occupations, et le membre malade prend tous les jours de la force. (*The Lancet*, décembre 1844.)

Olécrâne (*Résection de l' — dans un cas d'ankylose de l'articulation huméro-cubitale*); obs. par le Dr Buk. — Un homme de 26 ans fit une chute sur le coude droit : immédiatement l'articulation devint le siége d'un gonflement considérable qui rendit le diagnostic fort difficile. L'inflammation fut suivie de la formation de plusieurs abcès ; et au bout de treize semaines, le malade était guéri, mais l'articulation était immobile. Lorsque le Dr Buk fut appelé à lui donner des soins, la flexion et l'extension de l'articulation huméro-cubitale étaient impossibles ; mais la pronation et la supination avaient lieu comme à l'ordinaire. L'olécrâne était surmonté d'une production osseuse anormale qui semblait ajouter à l'immobilité de l'articulation. Ce fut en vain qu'on employa tous les appareils possibles. Reconnaissant que l'ankylose était produite par l'adhérence anormale de l'olécrâne et de l'humérus, le Dr Buk résolut de faire cesser cette adhérence : pour cela, il fit au niveau de l'olécrâne une incision de 5 pouces d'étendue, coupa l'expansion tendineuse du triceps et l'insertion de l'aponévrose brachiale ; puis,

ayant mis à découvert la production osseuse, il l'emporta, en partie avec une scie ordinaire, en partie avec la scie de Hey, qui lui servit également à détruire quelques végétations osseuses, qui existaient dans la fossette articulaire de l'humérus; le fragment osseux avait 1 pouce 1/2 de long. Lorsque l'opération fut terminée, on réussit sans violence à placer l'avant-bras à angle droit avec le bras, alors que le premier était dans une extension complète. La plaie fut réunie au moyen de plusieurs points de suture. La réaction fut très-vive, mais elle céda à un traitement antiphlogistique très-énergique. Sept semaines après il n'y avait que peu de douleur cependant le malade en éprouvait toutes les fois qu'il faisait mouvoir son bras. Au bout de deux mois, il pouvait faire quelques mouvements, porter la main à sa bouche, par exemple. La plaie était parfaitement guérie; l'articulation était indolente; et le vide qui résultait de la résection de l'olécrâne était rempli par une nouvelle substance osseuse. (*Allgemeine Zeitung für chirurg.*, p. 270; 1844.)

Ankylose angulaire du genou (*Résection du fémur dans un cas d'*); obs. par le Dr Platt Burr. — Un nègre, âgé de 40 ans, qui s'était porté, en travaillant, un violent coup de hache sur la partie interne du genou gauche, éprouva des accidents très-graves, à la suite desquels le fémur, le tibia et la rotule, restèrent complétement soudés. La jambe était fléchie à angle droit avec la cuisse, de sorte que ce malheureux ne pouvait plus travailler. L'opération lui fut pratiquée, le 8 décembre 1841, de la manière suivante: une première incision fut dirigée obliquement en haut, à partir du bord supérieur et antérieur du condyle externe du fémur, sur la face antérieure de la cuisse, et terminée sur le côté interne; une deuxième incision, commencée aussi du côté externe, mais à 3 pouces au-dessus de la première, passa obliquement en bas, au devant de la cuisse, et se termina au même point que la première, formant avec elle un angle aigu; ensuite on releva et on disséqua le lambeau triangulaire; puis, le fémur mis à nu, on emporta avec une scie ordinaire, et par deux sections obliques, un segment cunéiforme ayant 4 pouces à sa base, et 3 lignes à son sommet dirigé en arrière. On eut la précaution de ne pas porter la scie presque tout à fait en arrière, de peur de blesser l'artère poplitée; et on acheva la division du fémur en le fracturant, suivant le précepte de Barton. Le lambeau fut réappliqué; le membre replacé dans la situation angulaire qu'il avait avant l'opération et sur un double

plan incliné; puis, lorsque la réunion des parties molles fut opérée, on commença à dresser peu à peu l'articulation, sans aller cependant jusqu'au redressement complet. Alors on substitua au double plan incliné une boîte ordinaire à fracture, dans laquelle on le laissa plus de trois mois. Dans le mois de juin 1842, cet homme commença à marcher sans bâton et reprit ses travaux. Le 15 juillet suivant, il se fractura la cuisse de nouveau; on profita de ce même accident pour lui consolider le membre en ligne droite. Deux mois après, il put se remettre au travail. (*American journal of. med.*, octobre 1844.)

BULLETIN.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

I. *Académie de médecine.*

Discussion sur la taille et la lithotritie.—Anévrysme faux consécutif guéri par la galvano-puncture.—Traitement des valvules du col de la vessie.— Nouveau signe stéthoscopique. — Bibliothèque des médecins grecs et latins. — Disposition de la membrane caduque.

La discussion sur la taille et la lithotritie a encore occupé la presque totalité des séances du mois dernier, et à l'ardeur que les partisans et les adversaires de la lithotritie ont mise et mettent encore à défendre leur cause, nous craignons bien de n'en pas voir de sitôt la fin. Ne nous en plaignons pas trop cependant; car si la discussion n'a pu ramener les parties belligérantes à des sentiments plus fraternels et plus unanimes, elle a au moins eu pour résultats de populariser des notions encore renfermées dans un cercle étroit, de dégager beaucoup de choses vraies des obscurités qui en ternissaient la surface, et, tranchons le mot, de montrer la faiblesse et le peu de solidité des raisons sur lesquelles des esprits distingués se fondent encore, sinon pour repousser une découverte véritablement utile, du moins pour en rabaisser l'importance et les applications.

Nous avons entendu successivement le mois dernier cinq orateurs: MM. Civiale, Blandin, Velpeau, Ségalas, et M. Roux, qui, nouveau



venu dans la discussion, devait tout naturellement nous apporter le tribut de sa longue expérience.

Le long discours ou plutôt le long plaidoyer que M. Civiale a lu devant l'Académie comprend trois parties bien distinctes. Dans la première, il a cherché à répondre à quelques-unes des objections qui lui ont été faites par MM. Velpeau, Blandin et Malgaigne; comme il n'y a produit aucun argument nouveau, nous n'en parlerons pas. Dans les deux autres, il a traité deux questions importantes, celles des *explorations* et des *récidives*. L'influence des explorations sur l'économie, a dit M. Civiale, doit être examinée dans deux conditions différentes : 1° lorsqu'elles ont pour objet de constater l'état des malades avant d'entreprendre aucune opération; 2° lorsqu'on veut constater le résultat du traitement. Sous le premier point de vue, les explorations avec les instruments lithotriteurs ne sont pas moins utiles, dans la taille que dans la lithotritie, pour éviter ce qu'on a appelé les tailles *à vide*. M. Civiale affirme en outre que dans les cas simples la manœuvre exploratrice bien conduite n'est pas malfaisante pour la vessie; que dans les cas de maladies organiques graves, si l'on observe après l'exploration un accroissement des phénomènes morbides, il est temporaire comme la cause qui l'a déterminé, et que dans les cas où l'état aggravé du malade persiste, on a rarement découvert entre les accidents et la manœuvre cette corrélation que l'on aime à trouver entre l'effet et la cause. M. Civiale conteste que les accidents graves ou mortels soient plus fréquents à la suite des explorations avec les instruments lithotriteurs qu'à la suite de celles faites avec un simple cathétérisme. Il conteste également que les nouvelles explorations accroissent les dangers de la taille à laquelle les malades doivent être soumis plus tard. Sur 28 malades de sa pratique taillés dans ces circonstances, 19 ont guéri et 9 ont succombé; tandis que, de 73 taillés dans les hôpitaux et dans des conditions différentes, 25 ont péri, et qu'à l'Hôtel-Dieu, sur 38 opérés la moitié sont morts. Dans les relevés présentés à l'Académie par Souberbielle, on trouve 11 cas de taille pratiqués par lui sur des sujets qui avaient été soumis à des tentatives de lithotritie : 10 ont guéri (1 sur 6); résultat d'autant plus remarquable que, sur 39 adultes ou vieillards dont ces 12 faisaient partie, et qui sont relatés dans le même mémoire, il en a succombé 11 (1 sur 3 et demi). Examinant ensuite si les explorations doivent être considérées comme des opérations, M. Civiale trouve qu'elles differ-
ration en ce que : 1° si la pierre est trop grosse pour êt

ne s'en occupe plus : cette constatation peut être faite en une ou deux minutes ; 2° quand la pierre peut être saisie, on la mesure, on apprécie sa dureté, on détermine s'il n'y en a qu'une ou s'il y en a plusieurs. Il est rare que les manœuvres exercées dans ce but exigent plus de quatre ou cinq minutes. Quant aux explorations qui ont pour objet de constater la guérison, elles demandent plus de soin encore que celles qui précèdent l'opération. Elles ont été pratiquées dans tous les cas de guérison, et cependant jamais elles n'ont été suivies d'accidents. Abordant la question des récidives, M. Civiale a cherché à prouver que la reproduction des calculs doit être plus fréquente après la taille qu'après la lithotritie. Pour cela, il a rapporté un tableau comparatif des faits qu'il a observés : 88 opérations de taille ont fourni 9 cas de récidive, tandis que 244 opérations de lithotritie n'en ont donné que 14 ; d'où il suit que le nombre de ces derniers aurait dû s'élever à 25, c'est-à-dire à 11 de plus, pour que la proportion fût égale de part et d'autre. Trois choses sont parfaitement établies aujourd'hui, ajoute M. Civiale : 1° que, sous l'influence des causes dont la plupart nous échappent, la pierre se reproduit, et quelquefois avec une rapidité surprenante ; 2° que la cystotomie ne débarrasse pas toujours la vessie de toutes les pierres qu'elle contient ; 3° que la lithotritie peut également y laisser soit des petits calculs, soit des fragments de pierre. Reste à savoir laquelle des deux méthodes expose le plus à laisser des calculs dans la vessie, et à distinguer les cas dans lesquels la pierre nouvelle s'est produite de toutes pièces et ceux dans lesquels elle n'a été que le développement de calculs ou de débris de pierre laissés dans l'organe par l'opérateur. Nul doute, dit M. Civiale, que sous le premier point de vue tous les avantages soient du côté de la lithotritie. En effet, celle-ci emploie des moyens plus parfaits, elle les applique dans des circonstances plus favorables, et elle peut sans nul inconvénient multiplier les recherches autant que le besoin l'exige. Relativement à la seconde proposition, les calculs de seconde et troisième formation sont en général phosphatiques. Or, on sait que ces sortes de pierres se forment et se développent spécialement sous l'influence d'un état phlegmasique ; et tandis que les lithotomistes s'occupent fort peu, pour la plupart, de régulariser les fonctions de la vessie après l'opération, et de combattre le catarrhe viscéral résultat des troubles de la miction (que ces troubles tiennent à un obstacle au col vésical ou dans l'urèthre, à l'atonie de la vessie), les lithotriteurs apportent toujours beaucoup de soins tant à combattre l'affection catarrhale qu'à rétablir la



contractilité de la vessie. En terminant, M. Civiale établit: 1° eu égard à l'appréciation de la lithotritie, la justesse et l'exactitude de toutes les propositions qu'il a présentées; 2° en ce qui touche les explorations préalables et terminales, l'insuffisance des moyens et des procédés généralement usités, la supériorité incontestable des explorations nouvelles exécutées avec méthode et dans des limites tracées par l'expérience, leur innocuité et leur peu de danger ou d'influence sur les opérations pratiquées plus tard, l'impossibilité de confondre ces manœuvres avec celles de la lithotritie proprement dite, leur utilité même dans le cas où l'on veut faire la taille, et à la fin du traitement pour reconnaître si la guérison est complète; 3° relativement aux récidives, leur fréquence plus considérable à la suite de la taille par suite de la négligence de la phlegmasie concomitante ou consécutive, cause principale ou du moins la plus fréquente de la formation d'un nouveau calcul, et la possibilité plus grande de laisser des débris dans la vessie, à cause de l'imperfection des moyens explorateurs.

MM. Blandin et Velpeau se sont attachés plus particulièrement à répondre à M. Civiale. M. Blandin a repris d'abord la question des récidives. Est-on plus sûr, a-t-il dit, de n'avoir rien laissé dans la vessie quand on l'a explorée avec l'instrument, que quand on a fait cet examen par le doigt directement introduit par la plaie? M. Blandin ne pense pas qu'il puisse y avoir de doute. On est plus sûr de son fait après l'examen direct qu'après l'exploration à l'aide d'instruments. M. Civiale soutient que la taille dispose plus à l'irritation vésicale que la lithotritie. Pour M. Blandin, cette assertion est insoutenable. Sans parler de sa gravité, il est évident que la lithotritie agit plus spécialement sur la muqueuse, et la taille, sur les parties autres que la muqueuse. Les dangers de la taille sont-ils augmentés par les tentatives de lithotritie? C'est incontestable, et sur quatre observations de taille pratiquées après ces tentatives, on compte trois morts. La gravité actuelle de la taille, plus grande qu'autrefois, dépend de ce que l'on donne à la taille tous les cas mauvais ou dont ne veut pas la lithotritie, et de ce que l'on taille souvent des sujets déjà rendus plus malades par des tentatives de broiement. La question, ajoute M. Blandin, me semble actuellement insoluble telle qu'elle a été posée; il est impossible de décider quelle est la meilleure méthode de la taille ou de la lithotritie. Il faut savoir attendre, observer convenablement, ce que ne peuvent faire les médecins intéressés personnellement dans la question. Ces médecins sont portés à ne pas voir de cas de lithotritie là où elle a été véritablement faite.

De son côté, M. Velpeau a abordé la question des explorations, et il a maintenu, d'une manière générale, que la taille n'exige pas des explorations aussi minutieuses et aussi multipliées que la lithotritie. Il est donc exact de dire que les explorations de la lithotritie exposent à plus de dangers que celles de la taille. Reprenant de nouveau les faits de M. Civiale, l'honorable académicien a cherché à prouver que ce chirurgien les avait mal interprétés, et que, par une interprétation analogue, lui, M. Velpeau, n'aurait non plus perdu presque aucun malade, puisque des cinq qu'il a perdus, aucun n'a succombé immédiatement après l'opération. En terminant, M. Velpeau a dit que c'était à tort que M. Civiale le considérait comme un adversaire de la lithotritie; qu'il n'était que l'adversaire des exagérations; et que la lithotritie était pour lui une très-belle invention, mais seulement dans les cas simples, c'est-à-dire lorsque le calcul a le volume d'un œuf, n'est pas trop dur, que le malade n'est pas trop sensible, et la vessie pas trop irritable.

Nous rendrons cette justice à M. Roux qu'il a cherché à enlever à cette discussion le caractère personnel qu'elle avait eu jusque-là. Malheureusement l'honorable professeur a soulevé tant de questions diverses, s'est aventuré dans tant de sentiers différents, qu'il nous a été bien difficile de le suivre. Voici cependant les principaux points qu'il a abordés. M. Roux aurait désiré qu'on n'eût pas restreint la discussion à la lithotritie, et qu'on eût étudié les nombreuses questions pratiques qui se rattachent à la taille, telles que la valeur relative de la taille périnéale et de l'incision oblique, la ligature des artères, etc. M. Roux aurait voulu qu'on eût recherché également les causes de la fréquence plus grande des calculs chez les enfants des pauvres. Il persiste à penser que la taille doit être, à quelques exceptions près, la règle chez les enfants, et la lithotritie l'exception. En effet, ajoute-t-il, chez eux tout est simple : calcul unique, peu volumineux; peu d'impressionnabilité à la douleur; pas d'impression morale fâcheuse; d'un autre côté, l'éthérisation est un élément nouveau qui est éminemment propre à simplifier la taille; enfin, la lithotritie présente toujours des difficultés et des obstacles chez les enfants, au dire des partisans les plus ardents de la lithotritie, tandis que la taille débarrasse les enfants de leurs calculs en quelques minutes. Dans la seconde partie de son discours, M. Roux a exposé le résultat de ses opérations de taille dans la pratique civile. Ces opérations, au nombre de 54, ont été pratiquées, 6 chez des enfants de 10 ans au moins (6 guérisons); 48 chez des sujets au-dessus de cet âge (37 guérisons, 11 morts). Une de ces

opérations a été faite sans qu'il y eût de calcul dans la vessie, et le jeune homme qui y fut soumis a guéri. Reste donc 53 opérations sur lesquelles 11 ont été suivies de mort, ce qui donne pour la mortalité une proportionnelle d'un peu plus de 1 sur 5, et en déduisant les jeunes sujets, une moyenne de 4 et demi. Enfin, il a formulé de la manière suivante les contre-indications de la lithotritie: 1° chez tous les enfants de 10 ans au moins sans exception; 2° lorsque le calcul dépasse un certain volume; 3° lorsqu'il y a plusieurs calculs d'un certain volume; 4° lorsque le calcul est trop dur, tous les calculs *müraux* sont dans ce cas; 5° enfin quand la vessie vient à se *révolter* contre la présence du calcul, qu'il se développe soudainement des douleurs violentes, et que ces douleurs ne laissent pas le temps de temporiser et de préparer les organes à supporter la présence des agents lithotriteurs.

Ces assertions de M. Roux ont été vivement contredites par M. Ségalas. Non-seulement ce chirurgien a soutenu que la lithotritie était applicable chez les enfants, mais encore il a cherché à démontrer qu'elle était en général préférable à la taille aussi bien dans l'enfance que dans l'âge adulte et la vieillesse, pourvu cependant que les sujets fussent dans de bonnes conditions hygiéniques. Déjà, dans une séance précédente, M. Ségalas avait annoncé qu'il n'avait pas hésité à soumettre à la lithotritie tous les enfants calculeux qui lui avaient été présentés, au nombre de 26, et que le succès avait couronné ses efforts. Cette fois, il s'est montré plus explicite et a fait connaître nominativement, et avec les plus grands détails, tous les faits qui ont passé sous ses yeux. De ces 26 malades, 25 appartenaient au sexe masculin, 1 seul au sexe féminin; 1 avait moins de 2 ans, 6 de 2 à 3 ans, 3 de 3 à 4 ans, 4 de 4 à 6 ans, 4 de 6 à 10 ans, 8 de 12 à 15 ans; autrement dit, 17 de ces sujets avaient moins de 10 ans. Les pierres étaient presque toujours composées d'oxalate de chaux, soit pur (14 fois), soit associé à l'acide urique (2 fois), au phosphate de chaux (2 fois), ou à ces deux bases (5 fois). Dans 2 cas seulement, les calculs étaient formés de phosphate de chaux pur; dans 3, d'acide urique et de phosphate; dans 3, d'oxyde cystique. Ainsi la nature des calculs composés d'oxalate de chaux n'a pas mis obstacle à la destruction des calculs; et, contrairement à l'opinion de M. Roux, M. Ségalas regarde les calculs de cette nature comme ceux sur lesquels la lithotritie a le plus de puissance. Ces 29 opérations, en y comprenant 3 opérations pratiquées pour des récidives, ont toutes parfaitement réussi, et n'ont été accom-

gnées d'aucun accident grave, à moins qu'on ne veuille faire figurer dans ce nombre un cas d'incontinence d'urine, suite de rétrécissement de l'urèthre. Dans quelques-uns de ces cas, à la vérité, le traitement a été long, minutieux et difficile; mais c'est là sans doute un très-petit inconvénient, et dont la fréquence est bien moindre qu'on pourrait le croire, puisque le nombre des séances a été, terme moyen, de cinq et demie; que, dans 23 opérations, la moyenne a été de trois séances et demie; et enfin que, dans 8 cas, le traitement a été complet en une seule séance. En terminant, M. Ségalas a comparé les résultats qu'il a obtenus avec ceux les plus favorables fournis par la taille à cet âge de la vie, et il a conclu que la lithotritie réussit mieux que la taille chez les enfants, et qu'on ne peut être autorisé à recourir à cette dernière que lorsque la pierre est très-grosse et l'urèthre fort étroit.

Nous ne saurions terminer ce compte rendu sans parler de deux lettres intéressantes qui ont été adressées à l'Académie, au sujet de la discussion actuellement pendante, l'une par M. le professeur Sédillot, de Strasbourg, l'autre par M. le Dr Guersant fils, chirurgien de l'hôpital des Enfants. Convaincu qu'il n'y a pas de parallèle absolu possible entre la lithotritie et la taille, par la raison que ces méthodes ne sont pas destinées à se combattre ni à se remplacer complétement, mais bien à se suppléer et à se prêter de mutuels secours selon les indications opératoires, M. Sédillot a envoyé une observation qui lui semble prouver que ce n'est pas seulement sur des malades différents, mais aussi sur le même malade que les deux méthodes peuvent être employées avec avantage. Ce chirurgien fut appelé à opérer d'un calcul un malade atteint depuis longtemps d'une atonie très-marquée de la vessie. Cet organe était le siége d'une rétention urinaire habituelle, et un calcul par dépôt de phosphate ammoniaco-magnésien s'y était formé. L'écartement des branches de l'instrument de M. Heurteloup assigna à la pierre un diamètre de plus de trois travers de doigt; et l'on rencontrait constamment le corps étranger dans le même point de la vessie, sans pouvoir le saisir autrement que par une de ses extrémités. Comme le malade présentait peu d'irritabilité, et que les voies urinaires étaient très-larges et parfaitement libres, M. Sédillot tenta l'écrasement du calcul, et en quelques jours recueillit plus de 30 grammes de détritus calcaire, entraîné par les urines: la vessie devint alors douloureuse et s'enflamma, il y eut des frissons, de la fièvre, etc. Ces accidents s'étant renouvelés sous l'influence d'un nouvel essai de lithotritie, M. Sédillot proposa l'opé-

ration de la taille. Après les incisions ordinaires de la taille latéralisée, on trouva un énorme calcul adhérant à la vessie, et on fut obligé de le faire basculer pour le précipiter dans la vessie et pour pouvoir l'extraire. On constata alors que la membrane muqueuse était véritablement incrustée d'une couche calcaire, impossible à détacher. On fut forcé de laisser le malade dans cet état, espérant que la vessie, revenant sur elle-même, se débarrasserait spontanément de ces détritus. Quelques semaines après, les urines étant redevenues troubles, le cathétérisme démontra l'existence d'un calcul libre et mobile, résultant de l'agglomération des détritus restés dans la vessie. Le malade fut définitivement débarrassé, au moyen des instruments lithotriteurs.

M. le Dr Guersant fils a soumis à l'Académie la statistique détaillée des malades qu'il a opérés à Bicêtre et à l'hôpital des Enfants. Il résulte de ce tableau que M. Guersant a traité 74 calculeux de différents âges; que 9 vieillards ont été seulement explorés, mais n'ont été soumis à aucune opération, parce qu'elle ne paraissait offrir aucune chance de succès. D'une autre part, il a fait, chez 6 garçons, une simple extraction de petits calculs engagés dans l'urèthre. Restent donc 59 calculeux qui ont été opérés, 39 par la taille, et 20 par la lithotritie. 3, avant d'être taillés, avaient été d'abord lithotritiés infructueusement; 8 ont succombé après la taille, 8 également sont morts sur les 20 lithotritiés; de sorte que la proportion des morts, pour la taille, serait d'un peu plus de 1 sur 5. Mais il faut observer que, sur les 20 lithotritiés, 11 (par conséquent plus de la moitié) étaient des vieillards, et que la moitié de ces opérés (5) ont péri, tandis que, sur 9 enfants ou adultes, un tiers (3 seulement) ont succombé. Relativement aux causes de mortalité, M. Guersant établit deux catégories : dans la première, se rangent naturellement les maladies qui dépendent directement de l'opération elle-même; dans la seconde, doivent être placées celles qui sont intercurrentes et complétement étrangères à l'opération elle-même. Ainsi, sur les 16 morts parmi les 59 opérés, 11 sont morts de péritonite ou de cystite; les 5 autres (tous enfants) ont été les victimes de rougeole, de scarlatine, de croup contracté plus ou moins longtemps après l'opération, et même dans des cas où la guérison était complète.

— Le Dr Guérineau, de Poitiers, a adressé à l'Académie une observation d'*anévrysme de l'arcade palmaire superficielle, guéri par la galvano-puncture*. Cette observation est relative à un homme qui, le 10 août dernier, fit une chute dans laquelle il brisa une

tasse qu'il tenait à la main, et dont les fragments lui firent une plaie profonde, à bords contus et inégaux. La plaie avait son siége sur la ligne médiane de la face palmaire de la main droite ; sa direction était à peu près perpendiculaire à l'axe de la main. Elle était située à 5 centimètres au-dessous du second pli que l'on voit au niveau de la face antérieure de l'articulation radio-carpienne. Lorsque M. Guérineau arriva près du malade, il avait déjà perdu une grande quantité de sang artériel ; l'hémorrhagie avait été arrêtée par les personnes présentes, auxquelles était venue en aide une syncope du malade. La dilacération des bords de la plaie ne permit pas d'aller à la recherche des extrémités de l'artère divisée. Le siége de la blessure, sa direction oblique de bas en haut et d'avant en arrière, portaient à penser qu'il y avait au moins lésion de l'arcade palmaire superficielle, sinon aussi de l'arcade palmaire profonde. M. Guérineau disposa un système de compression sur les artères du membre de la manière suivante : un tourniquet fut appliqué sur l'artère humérale ; deux petits rouleaux de diachylon, maintenus par une bande, pressaient sur la radiale et la cubitale, au tiers inférieur de l'avant-bras ; des rondelles d'agaric furent placées sur la plaie, surmontées de compresses graduées ; enfin un bandage compressif, partant des doigts, remonta jusqu'au-dessus de l'articulation du coude. Le 18 août, la compression ne pouvait plus être tolérée ; la paume de la main était occupée par une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, qui comblait l'excavation comprise entre les éminences thénar et hypothénar. Au centre de la surface de la tumeur siégeait la plaie, dont les bords étaient unis par une cicatrice peu solide. La tumeur offrait des battements isochrones à ceux du pouls, appréciables à la vue et au toucher, et un mouvement bien sensible d'expansion. On constata, à l'aide du stéthoscope, un bruit de souffle bien distinct. Tous ces signes disparaissaient lorsque l'on comprimait la radiale et la cubitale, pour reparaître lorsque cessait cette compression. — Nouvelle compression, mais moins forte, sur les mêmes points que la première fois. Le 26 août, au soir, en présence de plusieurs médecins, M. Guérineau implanta dans la tumeur quatre aiguilles à galvano-puncture, recouvertes jusqu'à 2 centimètres de leur pointe de vernis des couteliers. Quant à l'appareil électrique, il se servit d'une pile voltaïque à colonnes, dont les disques avaient 4 centimètres et demi de diamètre. Les rondelles de drap furent imbibées d'une solution concentrée d'hydrochlorate d'ammoniaque. L'opération dura en tout treize minutes. Pendant les huit premières, douze couples furent employées ; quinze couples pendant les cinq dernières. Au moment où le courant fut établi, le malade éprouva des secousses violentes ; puis, dès que les fils des deux pôles furent introduits dans les anneaux des aiguilles, les secousses furent remplacées par un sentiment de vive chaleur dans la tumeur. On comprimait en même temps l'artère humérale. Le malade effrayé ne voulait pas que l'on augmentât le nombre des couples, et l'on cessa bientôt l'opération. On enleva les aiguilles, on suspendit la compression ; les battements reparurent dans la tumeur, et avec eux le bruit de souffle, plus intense qu'avant la

galvano-puncture, dernier symptôme que l'auteur crut devoir rapporter à un commencement de coagulation du sang dans l'anévrysme. — Compression sur la tumeur à l'aide de compresses et de bandes imbibées d'eau blanche; compression de l'artère humérale. Le 29 août, à six heures du matin, la cicatrice, qui paraissait fort peu solide, se rompit (on devait pratiquer de nouveau la galvano-puncture ce jour-là). Hémorrhagie peu abondante. Le malade serra le tourniquet que l'on avait laissé à demeure sur l'humérale, et comprima la radiale et la cubitale, ainsi qu'on lui avait montré à le faire, prévoyant que d'un moment à l'autre l'hémorrhagie pourrait se reproduire. M. Guérineau pratiqua immédiatement la ligature de la cubitale; aussitôt le fil serré, la compression de l'humérale fut suspendue, et le sang ne coula plus. — Pansement simple; compression sur la tumeur, tourniquet sur l'humérale, main levée sur un coussinet. Le 31, la plaie de la main exhalait une sérosité brune, sanguinolente. Au milieu de la plaie existait un caillot sanguin noir, du volume de l'extrémité du doigt indicateur, plongeant profondément.

A dater du 1er septembre, la plaie se rétrécit, et arriva à n'avoir plus que la largeur d'une pièce de 25 centimes. Empêché par une indisposition, l'auteur ne put voir le malade que le 6. Dans cet intervalle, il avait desserré le tourniquet, s'était pansé lui-même, et avait lavé la main à l'eau chaude. Le 8, on sentit de nouveaux battements dans la paume de la main. La cicatrice de la ligature était fermée, excepté au niveau du fil. L'auteur rétablit la compression sur la radiale et l'humérale. Le 15, une nouvelle tumeur anévrysmale existait au même endroit que la première, mais moins volumineuse. Le creux de la paume de la main était effacé; la peau de cette région était de niveau avec les éminences thénar et hypothénar; puis, à travers les parois très-épaisses de la partie de la plaie non cicatrisée solidement, s'élevait une petite tumeur sanguine du volume d'une aveline, soulevant en ce point une cicatrice fort mince, d'une couleur rouge-brun, inégale à sa surface. Battements sensibles à la vue et au toucher; bruits de souffle et mouvements d'expansion dans les deux tumeurs. Le 17, deux aiguilles furent implantées dans la grosse tumeur, et à l'aide de treize couples de la même pile, on fit passer pendant huit minutes un courant électrique. Deux autres furent ensuite placées perpendiculairement aux premières, dans la petite tumeur, et mises en contact avec la pile pendant le même temps. Vive chaleur dans la main. A la fin de la première moitié de l'opération, le malade avait été pris d'une syncope sans importance. Les aiguilles enlevées, on ne sentit ni battements, ni bruit de souffle. Dans la nuit du 17 au 18, le malade ressentit une vive chaleur dans la main; plus de battements. Cependant, par précaution, on fit une seconde galvano-puncture (quatorze couples pendant quinze minutes), en ayant soin de changer à plusieurs reprises les pôles de place, mettant alternativement en contact avec la même aiguille le pôle zinc et le pôle cuivre. Le 19, la tumeur avait diminué de près d'un tiers; la petite tumeur s'était affaissée aussi en grande partie. Sur le linge à pansement, un peu de sang noir mêlé de sérosité. La paume de

la main était dure; aucun battement, même en cessant toute espèce de compression. Par prudence, cependant, on laissa le tourniquet en place pendant une huitaine de jours encore. Le 12 octobre, le creux qui existe naturellement dans la paume de la main était à peu de chose près aussi déprimé que celui de la main gauche; on y sentait cependant un peu d'induration. La cicatrice était parfaite et solide; plus de battements ni de douleurs.

—M. Aug. Mercier a adressé un nouveau mémoire sur le *traitement des valvules du col de la vessie*. Ce mémoire contient l'observation de 17 malades qu'il a opérés depuis la publication de ses *Recherches sur une cause fréquente et peu connue de rétention d'urine*. L'auteur compte aujourd'hui 30 opérations de valvules du col de la vessie. Dans le nombre, il n'y a pas eu d'accident sérieux; trois ou quatre fois seulement, il s'est fait un écoulement de sang assez abondant, mais qui n'a jamais eu de suites fâcheuses; jamais non plus d'incontinence. Quant aux résultats curatifs, ce n'est que dans trois ou quatre cas au plus qu'ils ont été nuls ; parmi les autres, il a obtenu des guérisons complètes et de simples améliorations. Relativement aux récidives, M. Mercier n'a encore vu que deux malades qui aient accusé une légère diminution du bien obtenu, et encore croit-il qu'il faut s'en prendre moins à l'opération elle-même qu'à une recrudescence de l'inflammation chronique de la partie profonde de l'urèthre. L'auteur insiste de nouveau sur la complication fréquente des valvules du col de la vessie avec les rétrécissements de l'urèthre. Sur 23 malades, il a noté cette complication huit fois, et peut-être lui a-t-elle échappé dans quelques autres cas; car, dans presque tous, l'urèthre avait été énormément dilaté.

— M. Christophe a adressé à l'Académie une note sur un nouveau signe stéthoscopique, auquel il a donné le nom d'*égonie*, parce qu'il est un diminutif de l'égophonie, et qu'il peut être considéré comme une fraction de ce dernier phénomène. L'égonie est caractérisée par un tremblotement court et un peu tintant de la voix, quand on fait articuler des monosyllabes. Ce caractère est toujours le même, quelle que soit la position que l'on fasse tenir au malade. Ce symptôme ne se change pas en égophonie. Il ne s'accroît et ne diminue qu'insensiblement et à la longue; il peut disparaître par la guérison; le plus souvent il persiste longtemps à l'état stationnaire. Mais, quand l'individu doit succomber, l'égonie s'altère par les bruits qui accompagnent la fonte tuberculeuse. Ce symptôme a aussi ses significations pathologiques et anatomiques distinctes. L'égonie s'entend surtout entre les omoplates, à leurs bords internes, et plutôt à la partie moyenne ou au tiers supérieur. L'auteur l'a trouvée souvent plus forte d'un côté que de l'autre, et plutôt à droite qu'à gauche. Elle coïncidait presque toujours avec un point douloureux, large comme une pièce de 1 franc, et fixé au tiers supérieur du bord interne de l'une ou de l'autre omoplate, surtout de celle qui présentait l'égonie la plus forte. Ce point douloureux est fixe et permanent, ou bien il ne s'éveille que subitement dans certains déplacements de l'épaule et dans certains mouvements du bras. L'égonie indique une

pleurésie ancienne, et même une pleurésie chronique latente et actuelle, quelquefois avant-courrière d'une fin tuberculeuse. Elle s'accompagne toujours de l'épaississement de la plèvre, d'adhérences, de fausses membranes et de brides résistantes. L'autopsie a révélé le plus souvent, et en plus, un infarcissement tuberculeux, dans la partie correspondante des poumons, qui sont indurés et parfois traversés par des rameaux bronchiques déformés et aplatis. Une fois, l'auscultation a fait entendre du souffle tubaire dans la largeur d'une pièce de 1 franc; plusieurs fois, l'auteur a perçu un râle caverneux profond; et presque toujours il a noté de l'autophonie. Ce dernier phénomène s'explique par la résistance fixe et réfléchissante que le poumon induré oppose aux vibrations vocales de l'auscultateur; tandis que le dessèchement et l'épaississement de la plèvre produisent l'égonie, par la résistance tremblotante qu'elles opposent aux vibrations bronchophoniques du malade. En résumé, M. Christophe conclut de la manière suivante : 1° Quand il y a égophonie, il existe toujours un épanchement soit disséminé, soit en collection. 2° Dans l'égonie simple, il n'en existe pas. Aussi, cette dernière signifie-t-elle une pleurésie sèche chronique et pseudomembraneuse, accompagnée le plus souvent d'induration sous-jacente. La plupart des sujets chez lesquels il a rencontré l'égonie étaient affectés de vieux engorgements gastro-intestinaux; ils étaient sujets aux frissons et prompts à s'enrhumer. Il a noté chez eux un teint pâle, un peu jaunâtre, surtout au pourtour du nez et des lèvres, des traits tirés, une toux sèche, et parfois quelques crachats blanchâtres, épais et brillants.

— M. Dubois (d'Amiens) a lu un rapport fort intéressant et des plus favorables sur le projet de publication d'une *bibliothèque des médecins grecs et latins*, formé par M. Daremberg, bibliothécaire de l'Académie. On sait dans quel délaissement sont tombées aujourd'hui les études historiques médicales; peut-être une des causes principales est-elle le manque de bonnes éditions des auteurs anciens et de bons commentaires destinés à en rendre l'intelligence plus facile. La première chose à faire était donc de poser les fondements d'études sérieuses par une collection de textes, traduits et enrichis de notes et de commentaires. Cette bibliothèque classique serait non-seulement utile à l'érudition médicale; elle serait encore d'une incontestable utilité, d'abord pour la philosophie, les princes de la médecine ayant été pour la plupart d'illustres philosophes; puis, pour l'archéologie et la philologie, pour l'histoire naturelle et même pour l'histoire générale. Ce travail ne saurait être l'œuvre d'un seul homme; mais, d'une part, la connaissance que M. Daremberg a des langues grecque et latine, l'érudition médicale dont il a donné des preuves, les traités qu'il a recueillis dans les bibliothèques de l'Allemagne et de l'Angleterre, prouvent qu'il pourra se mettre à la hauteur de cette mission, et d'autre part il peut compter déjà sur la collaboration d'un assez grand nombre de savants médecins: en France, MM. Littré, Malgaigne, Bell, Gillette, Falret fils; à l'étranger, MM. Greenhill (d'Oxford), Adams (de Bauchory), Ermerins (de Groningue), Bussmacker (d'Amsterdam), Rosembaun (de Hall), Pinoff (de Breslaw), Marx

(de Goettingue), etc. La collection que se propose de faire M. Daremberg comprendra tous les médecins grecs depuis Hippocrate jusqu'à Actuarius (Hippocrate, Erotien, Oelius Promotus, Crateuas, Nicandre, Dioscoride, Rufus, Soranus, Moschion, Métrodore, Aretée, Galien, Oribase, Aétius, Paul d'Egine, Alexandre de Tralles, et Actuarius), et trois médecins latins seulement (Celse, Scribonius Largus, et Cœlius Aurelianus). Après quelques paroles prononcées par M. Malgaigne en faveur de la création d'une chaire d'histoire et de littérature médicales, et sur la nécessité de consulter pour la publication de quelques-uns de ces ouvrages, et en particulier de ceux de Galien, les manuscrits qui se trouvent probablement en Perse et au Maroc, et aussi après quelques épigrammes de M. Rochoux contre l'enseignement oral de l'histoire et contre les médecins de l'antiquité en général, qui n'ont fait, selon lui, qu'embrouiller la science, les conclusions du rapport ont été adoptées.

— M. H. Blot, interne des hôpitaux, a fait une présentation intéressante sur une question d'*ovologie* encore en litige. Sur un œuf de quatre mois contenu dans l'utérus, il a démontré en insufflant de l'air dans les trompes que la membrane caduque est percée de trous au niveau de l'orifice interne de ces canaux, et il a constaté en outre qu'au voisinage de l'orifice, cette membrane devient de plus en plus adhérente au tissu propre de l'utérus, puis s'engage dans l'intérieur du col et se continue sans ligne de démarcation avec la muqueuse qui tapisse ce conduit. Par conséquent, au niveau du col, la cavité de la caduque communiquerait largement avec l'extérieur, si l'orifice qu'elle présente en ce point n'était obturé par le bouchon muqueux. Il en a conclu naturellement à l'inexactitude de la description anatomique, et de la théorie de formation de la membrane caduque presque universellement acceptées aujourd'hui.

II. *Académie des sciences.*

Nouveau procédé de cheiloplastie. — Farcin chronique. — Tumeurs érectiles. — Intoxication par les vapeurs des fonderies de laiton. — Action de la lumière sur l'iris. — Abattoirs de la ville de Paris.

1° M. le professeur Sédillot, de Strasbourg, a adressé un mémoire sur un nouveau procédé de *cheiloplastie*, auquel il donne le nom de procédé à double lambeau de la méthode indienne. Ce procédé a été imaginé pour un cas d'ulcère cancéreux qui avait détruit la presque totalité de la lèvre inférieure, dans le but : 1° d'avoir des lambeaux susceptibles de combler la perte de substance et d'être mis et maintenus en contact sans gêne de la circulation et sans imminence de gangrène ; 2° de soutenir suffisamment les lambeaux anaplastiques dans la position qu'on leur donne, de sorte que leur point de départ, d'origine ou d'appui, ne se trouve pas du côté opposé aux surfaces libres et sans résistance que l'on veut reconstituer ; 3° d'avoir une nouvelle lèvre doublée d'un tégument interne.

Après avoir enlevé toute la portion de la lèvre affectée, en conservant toutefois la membrane muqueuse restée intacte, l'opérateur a procédé à la réparation au moyen de deux lambeaux latéraux, taillés carrément aux dépens des joues et de la région sus-hyoïdienne qu'il a soulevés et renversés en dedans, de manière à les réunir entre eux sur la ligne médiane au moyen d'une suture, puis avec le menton inférieurement, et avec la portion conservée de la membrane muqueuse supérieurement. Le résultat a été des plus satisfaisants. Les avantages de ce procédé sont, d'après M. Sédillot, les suivants : 1° Les lambeaux ont une puissante vitalité, en raison de leur peu de longueur, de la largeur de leur base et du faible degré de torsion de leur pédicule. 2° On peut ainsi entreprendre des opérations anaplastiques soit de la totalité de la lèvre, soit de la face, ou de toute autre partie, avec infiniment plus de succès, puisque le principal danger, qui consiste dans la modification des lambeaux, est évité d'une manière presque certaine. 3° Les tissus employés à la reproduction de la nouvelle lèvre ne sont soumis à aucune traction, et il est aisé de leur donner assez d'ampleur, pour éviter toute rétraction fâcheuse ultérieure. 4° La nouvelle lèvre, étant soutenue, vers ses commissures, par les pédicules des deux lambeaux qu'ils constituent, et qui sont continus avec les joues, est tirée en haut dans le sens de son bord libre ; avantage très-précieux, auquel on n'avait pas encore accordé une suffisante attention. 5° La vitalité parfaite des lambeaux, augmentée par la largeur de leur base, dans les cas où la réparation à opérer serait fort considérable, permettra de doubler la peau sur elle-même, pour remplacer la membrane muqueuse. 5° Les pertes de substance, produites par la dissection et le détournement des lambeaux anaplastiques, se prêteraient très-aisément à la réunion immédiate à la région cervicale, dont les téguments, outre leur extrême laxité, reposent sur des plans compressibles, ce qui n'existe pas à la région maxillaire, dont le contour osseux reste fixe et invariable. 7° Un autre avantage est de ne pas froncer la muqueuse subjacente, dans les cas où cette membrane aurait pu être conservée : c'est une des conditions favorables de la méthode indienne ; et M. Sédillot y ajoute l'intégrité parfaite des lambeaux, qui, étant empruntés à une région plus ou moins distante du siége de l'affection, doivent offrir des dispositions plus réfractaires à la reproduction du mal primitif.

2° M. Sédillot a encore communiqué un travail relatif à un cas de *farcin chronique* qui a donné lieu récemment à de nombreuses discussions. Un homme âgé de 26 ans, d'une santé excellente et d'une constitution très-robuste, montait habituellement, en mars 1845, un cheval farcineux, que l'on fut plus tard obligé d'abattre. Cet homme fut chargé du pansement de quelques chevaux morveux et farcineux. Il éprouva alors pour la première fois du malaise, des lassitudes, de l'abattement, de la fièvre, et resta quinze jours en traitement. Parti en congé sept mois après, il tomba de nouveau malade dans sa famille ; il eut des accès de fièvre pendant un mois. De retour dans sa garnison, à Huningue, en avril 1846, il entra deux mois plus tard à l'hôpital...

teint de fièvre intermittente : il portait alors à la cuisse droite un abcès dont il ne pouvait indiquer l'origine. Cet abcès renfermait un pus mal lié, séreux, sanguinolent; bientôt apparurent successivement aux deux jambes, au bras droit et à la tête, de nouveaux abcès, remplis d'un sang noirâtre et d'une sérosité filante et visqueuse; les abcès des membres dégénérèrent en ulcères blafards, qui, en s'agrandissant, envahirent les couches musculaires superficielles. Les forces s'affaiblissaient, l'émaciation faisait des progrès. Cependant, l'appétit était excellent, la respiration et les digestions normales; point d'irritation du côté des fosses nasales; pouls petit et fréquent, sans chaleur fébrile; sommeil bon, intelligence lucide. Le 30 janvier 1847, le malade fut évacué sur Strasbourg, et placé dans le service de M. Sédillot, où il fut soumis à une série de moyens thérapeutiques qui parurent un moment suspendre les progrès du mal. Mais, vers la fin d'avril, il survint de la toux et de la diarrhée; les forces s'épuisaient, et les os du crâne étaient corrodés et rugueux. Deux mois après environ, le malade, tombant dans un découragement complet, demanda à retourner dans sa famille. Enfin, le 22 juillet, un érysipèle gangréneux envahit les membres inférieurs, et le malade succomba le 26, sans agonie. L'examen cadavérique fit reconnaître des abcès lobulaires dans les poumons, la rate et le foie; des ulcérations dans l'arrière-bouche, sur l'épiglotte, et la surface du larynx et de la trachée-artère. Les os du crâne étaient perforés en deux points; les ulcères des membres avaient produit les plus grands désordres. La veine saphène était en partie détruite près de son embouchure dans la crurale, et remplie de pus. Les symptômes et les lésions cadavériques présentés par ce sujet ont paru à M. Sédillot ne laisser aucune doute sur la nature farcineuse de la maladie. Toutefois il n'a pas cru devoir se passer de joindre d'autres preuves à l'appui de son opinion. Sur sa demande, le pus des ulcères fut inoculé à trois chevaux, qui tous les trois sont devenus morveux. Enfin, comme dernière preuve, M. Sédillot rapporte que pendant le séjour du malade à l'hôpital d'Huningue, plusieurs blessés, dont les plaies avaient été lavées avec la même éponge qui servait au pansement de ce malade, éprouvèrent des accidents qui vinrent confirmer la nature contagieuse de l'affection.

3° M. Fayolle, de Guéret, a adressé une lettre dans laquelle il expose un procédé opératoire pour la *guérison des tumeurs érectiles*, procédé qu'il croit nouveau au moins dans les détails et l'exécution, et qui a pour but de convertir la base adhérente de la tumeur en autant de pédicules que cela est nécessaire pour qu'on puisse les étreindre dans des ligatures, tout en laissant cependant la liberté d'obtenir ou non la séparation de la masse érectile. L'appareil instrumental se compose d'épingles en acier, de longueur et de grosseur diverses, de fils à ligature cirés et mis en triple; enfin d'un sécateur pour couper les épingles. L'opération se fait en trois temps. *Premier temps :* l'épaisseur de la tumeur étant reconnue, une première épingle traverse la peau à 1 ligne et demie au delà de la tache ; elle porte par conséquent sur des tissus sains. On la fait suivre d'une seconde, qui est tangente à la circonférence de la

tumeur. Une troisième épingle, parallèle aux deux précédentes, et à 1 ligne et demie de la seconde, est enfoncée à une certaine distance du bord de la tache (1 ligne et demie environ). Elle doit passer au-dessous de l'épaisseur présumée de la tumeur, et ressortir de l'autre côté de celle-ci, en traversant également les tissus sains. On place ainsi successivement plusieurs épingles parallèles et séparées par des intervalles égaux. Elles doivent, par leur réunion, se trouver toutes comprises dans un même plan, sous-jacent à la face profonde de la production accidentelle. *Deuxième temps :* une anse de fil est passée sous les extrémités de la première épingle; les deux chefs en sont ramenés en dedans, se croisent et passent ensuite sous les deux bouts saillants de la seconde épingle; de là, à la troisième et à la quatrième, etc., jusqu'à la dernière. On recommence alors en sens inverse, jusqu'à ce que toute la surface comprise entre les points d'immergence et d'émergence des épingles soit couverte par des fils. C'est, en un mot, une véritable suture entortillée. *Troisième temps :* on noue la dernière anse de fil, et l'on coupe les extrémités saillantes des épingles, aussi près que possible du fil enroulé, avec l'aide du sécateur; on place ainsi une série d'épingles dans toute l'étendue de la maladie. Aussitôt que les fils sont serrés, la coloration disparaît; bientôt la tumeur s'affaisse. Si on retire les épingles au bout de quatre jours, il reste à la place qu'occupait le bourrelet une légère coloration blanc-bleuâtre, et la peau paraît éraillée. Si on les laisse six à sept jours, le reste de la tumeur se détache, et laisse à sa place une cicatrice linéaire. Les conditions essentielles pour que le résultat ne laisse rien à désirer sont : 1° que les épingles pénètrent dans le tissu sain qui circonscrit le tissu morbide; car si elles sont enfoncées dans la continuité même de ce dernier, il peut rester, après la guérison, une auréole vasculaire, dont la cure est extrêmement difficile, et qui indique la circonférence de la tache. 2° Que le trajet des épingles occupe également les tissus sains, au-dessous de l'épaisseur présumée de la tumeur; sans quoi, lors de la chute du bourrelet, le fond de la solution de continuité présente quelquefois une coloration rouge-brun, sous forme de rainure, correspondant aux intervalles qui séparaient les épingles; et la récidive est alors imminente. 3° Il faut encore que la constriction des fils soit considérable, mais progressive, de manière que tout le sang puisse s'exprimer de l'espèce d'éponge vasculaire, qui rappelle, par sa structure, la tumeur érectile.

4° M. Reboulleau a envoyé un travail sur l'*intoxication par les vapeurs des fonderies de laiton*. Les symptômes de cette intoxication consistent : au début, en une pesanteur douloureuse dans les hypochondres et à la région lombaire, un sentiment de courbature dans les membres, de l'oppression, de l'anorexie; bientôt du frisson se fait sentir accompagné d'un malaise général; face pâle et altérée, traits contractés, tremblement de la mâchoire inférieure et claquement de dents; pouls déprimé, fréquent et irrégulier; quelquefois des nausées et des vomissements; enfin, le pouls devient large, plein; chaleur générale, face rouge et animée, peau chaude et humide; pendant le sommeil, agitation extrême, rê-

vasseries fatigantes ; enfin, une sueur abondante termine la crise qui dure ordinairement huit à dix heures. Comme on le voit, ces symptômes sont analogues à ceux qui constituent les accès de fièvre intermittente. Les ouvriers en sont généralement atteints vers la fin de la journée ; l'accès a lieu pendant la nuit, et dès le jour suivant, ils peuvent reprendre d'autres travaux. Le plus souvent, après quelques accès, ils en sont désormais préservés ; rarement il leur faut subir plus de quatre ou cinq accès pour être en possession de la tolérance. Elle peut s'établir quelquefois dès le premier ; mais chez quelques ouvriers, les accès se reproduisent indéfiniment après chaque nouvelle journée de fonte. Quelquefois il y a retour de l'affection chez des ouvriers depuis longtemps accoutumés aux émanations de la fonderie. Ces accidents coïncident ordinairement avec les jours pluvieux, les vapeurs refluant alors en plus grande quantité dans les ateliers. L'auteur pense qu'il faut attribuer les effets des émanations des fonderies à l'oxyde de zinc, mais peut-être aussi au cuivre et à l'arsenic. Cette intoxication disparaissant dès qu'on n'est plus exposé à ses effets, il est inutile de chercher une médication contre les accidents immédiats ; mais il n'en est pas de même pour les accidents consécutifs contre lesquels on peut diriger une médication tonique spécifique. Quant aux moyens prophylactiques, en présence de l'insuffisance des moyens ordinaires de ventilation, M. Reboulleau pense qu'il n'y a autre chose à faire que de chauffer la matière dans un atelier clos, et de la couler sous un hangar à toit élevé, ouvert à tous les vents.

5° M. Brown-Sequard a communiqué des *recherches sur l'action de la lumière sur l'iris dans les cinq classes d'animaux vertébrés.* Il résulte de ces recherches que la lumière peut mettre directement en action les fibres nerveuses et musculaires de l'iris chez les batraciens et les poissons. Si un œil d'anguille ou de grenouille rousse extrait de l'orbite et complétement dénudé est exposé à l'action de la lumière, on ne tarde pas à voir sa pupille se resserrer, et si cet œil est alors placé dans un endroit obscur, on voit la pupille se dilater ; il peut y avoir de cinquante à cent resserrements et dilatations de la même pupille dans une heure. Quand la lumière n'agit que sur la rétine, l'iris reste immobile ; il se meut, au contraire, lors même que la lumière n'agit que sur lui. Dans l'œil intact, chez les batraciens vivants, l'iris se meut à la fois par l'action de la lumière sur son propre tissu, et par suite de l'action de la lumière sur la rétine et sur les centres nerveux. Si l'iris peut être excité directement par la lumière chez certains animaux et pas chez d'autres, cela paraît dû à une différence dans l'épaisseur de cette membrane, et surtout de la couche antérieure du pigment et des vaisseaux. La pupille d'un œil de mammifère et d'oiseau, extraite de l'orbite, se dilate ou se resserre par l'effet d'un changement de température, suivant qu'elle est dilatée ou resserrée avant l'expérience. Il peut y avoir une vingtaine de dilatations et de resserrements dans le même œil en une heure. Il n'est pas nécessaire d'admettre qu'une turgescence vasculaire se joint à la contraction des fibres circulaires de l'iris pour déterminer le resserrement considérable de la pupille, puisque, dans des yeux extraits de l'orbite, le



renversement peut devenir aussi considérable que pendant la vie pour les animaux à sang chaud, aussi bien que pour les reptiles, les amphibiens et les poissons.

6° M. Hamont a lu un travail ayant pour titre : *Des abattoirs de la ville de Paris ; leur organisation ; fraudes, abus dans le commerce de la viande ; dangers qui en résultent pour la santé publique ; nécessité d'une organisation meilleure.* Les conclusions de ce travail sont : 1° que l'établissement des abattoirs n'offre pas une organisation convénable; 2° que le personnel chargé de veiller aux intérêts du public ne présente pas les garanties voulues ; 3° que les abattoirs n'empêchent pas la vente des viandes tuées hors de leur enceinte, ce qui atténue l'utilité de cette création ; 4° que des viandes issues d'animaux malades peuvent occasionner des maladies aux animaux qui en font usage; 5° que par conséquent l'administration ne peut tolérer davantage les établissements où l'on engraisse des porcs avec les viandes d'animaux abattus malades ou morts de maladies ; 6° que la cuisson n'annihile pas les principes délétères de la viande; 7° qu'il convient de proscrire des abattoirs établis dans les quartiers pauvres les viandes des bestiaux malades qu'on y conduit ; 8° qu'enfin les charges d'inspecteurs des abattoirs doivent être conférées à des médecins vétérinaires.

VARIÉTÉS.

Le choléra-morbus en Russie. — Nomination des médecins sanitaires. Séance d'ouverture de la Faculté de médecine de Paris.

Dans la séance de l'Académie de médecine du 28 septembre dernier, M. Prus avait annoncé que le choléra, qui régnait à Odessa depuis quelques jours, venait de se montrer à Smolensk, qui en est à 80 lieues ; à Prescow, qui en est à 280 lieues ; enfin, à Riga, sur les bords de la Baltique, à 700 lieues de la première ville. Si nous n'avons pas parlé plus tôt de cet incident académique, c'est que nous avions tout lieu de croire que les renseignements de l'honorable académicien n'étaient pas parfaitement exacts, et que la nouvelle était au moins prématurée. Le fait est que l'apparition du choléra à Odessa et à Riga a été officiellement démentie. Il n'en est pas moins vrai que depuis quelques mois cette maladie épidémique s'est considérablement étendue dans la partie méridionale de la Russie. Après avoir, au mois d'août dernier, ravagé la Perse dans une étendue de 30 lieues autour de Tiflis, fait de nombreuses victimes à Erzeroum, traversé la Géorgie, s'être montré à Redoubt-Kale et à Batoum sur les bords de la mer Noire, à Taganrog, à Kertch, à Rostow sur les bords du Don, et à Longaw, on a vu le choléra éclater à Trébizonde le 9 septembre, puis remon'

le cours du Wolga et arriver à Saratow, tandis qu'il s'étendait en même temps dans les provinces du Don. Les nouvelles les plus récentes annoncent toutefois que l'épidémie, après avoir gagné pendant quelque temps du terrain dans la partie centrale de la Russie, paraît avoir momentanément ralenti sa marche et ses progrès.

Tel est l'état des choses, état des choses assez inquiétant, si l'on considère, ainsi que l'a fait remarquer M. Gérardin, que le choléra de 1832 a marché suivant la même direction que celle qu'il affecte aujourd'hui. Nous ne croyons pas cependant qu'on puisse annoncer avec certitude sa venue prochaine parmi nous, et nous ne voyons pas par conséquent l'utilité de prétendues mesures préventives dont l'effet inévitable serait de répandre l'effroi parmi les populations. Le choléra est une maladie encore trop peu connue dans sa marche et dans les causes qui en entraînent le développement, pour qu'on puisse à son égard établir même de simples conjectures, ou prendre des mesures quelconques sur lesquelles on puisse compter.

Au moment où nous terminons cet article, nous apprenons que M. le ministre du commerce vient de donner à trois médecins de la Faculté de Paris, MM. Beau, Monneret et Contour, des missions pour aller étudier la marche du choléra-morbus dans les pays où il sévit en ce moment: ils devront se rendre à Moscou, Odessa et Trébisonde. Depuis, M. Beau s'étant retiré, M. le Dr Lasègue a été appelé à le remplacer.

— M. le ministre du commerce vient aussi de nommer les médecins sanitaires chargés de mettre à exécution les nouvelles ordonnances relatives aux quarantaines. Ce sont MM. Prus, à Alexandrie; Fauvel, à Constantinople; Burguières, à Smyrne; Sucquet, à Beyrouth; Amstein, à Damas, et Willemin, au Caire.

— La Faculté de médecine de Paris a fait aujourd'hui 3 novembre sa rentrée et distribué les prix de l'année scolaire. C'est M. Bérard, professeur de physiologie, qui a prononcé le discours. L'orateur avait pris pour sujet l'état de la physiologie au temps de Haller, et, comme on devait l'attendre de son talent, il s'est dignement acquitté de sa mission. Expositions amples et lucides, appréciations fines et judicieuses, allusions spirituelles aux choses de notre temps, et par-dessus tout expression de sentiments honnêtes et généreux : voilà ce qui a tenu constamment l'assemblée attentive à ce discours solide et brillant, ce qui lui a mérité les applaudissements répétés du public.

BIBLIOGRAPHIE.

Revue des travaux relatifs à l'histoire et à la littérature de la médecine, publiés en France et à l'étranger depuis le commencement de 1846; par le Dr Daremberg.

Aujourd'hui que les travaux historiques sont reçus avec plus de faveur, il a semblé qu'une revue générale des ouvrages ou dissertations publiés depuis le commencement de 1846 sur l'histoire et la littérature de la médecine serait favorablement accueillie dans les *Archives*. Le hasard, les goûts particuliers, bien plus qu'une direction uniforme, ont fait naître toutes les productions que nous avons à examiner; elles n'ont d'autre lien qu'un retour tout spontané vers un genre de recherches qui depuis longtemps, en France surtout, n'a plus la faveur publique. Mais déjà on commence à comprendre la nécessité d'une union, d'une correspondance plus intime entre les médecins érudits. Un journal exclusivement consacré à l'histoire et à la littérature de la médecine s'est fondé en Allemagne, par les soins de M. le professeur Henschel. Ce journal deviendra un centre de ralliement, et provoquera une réaction sérieuse et puissante en faveur d'études trop longtemps délaissées.— L'isolement même où se sont trouvés jusqu'à présent les amis des lettres médicales a imprimé à leurs travaux un caractère particulier : à très-peu d'exceptions près, ces travaux se réduisent à des monographies, et l'on compte très-peu d'ouvrages comprenant l'histoire et la littérature dans leur ensemble. Je suis, pour ma part, loin de me plaindre d'une pareille tendance, et je répéterai volontiers, après Quitzmann, que les *monographies* sont actuellement le salut de l'histoire. Les livres embrassant la science dans son universalité, prématurément et avant qu'elle soit assise sur des fondements vraiment solides par de bons travaux de détails, la font reculer plutôt qu'ils ne lui impriment un progrès. Notre histoire est encore trop peu avancée pour qu'on puisse essayer avec fruit et avec quelque succès un ouvrage général. Il faut e[illegible] plusieurs années d'efforts, de longues et pénibles recherche[illegible] commencer quelque grande publication : encore faudra-t-i[illegible] qu'une pareille entreprise ait un véritable caractère [illegible] et de vérité, qu'elle soit le résultat d'une associa[illegible]

dont chacun traiterait la période qu'il aurait le plus étudiée et pour laquelle il aurait recueilli le plus de matériaux originaires.

Histoire de la médecine depuis son origine jusqu'au XIXe siècle, par le Dr P.-V. Renouard. Paris, 1846; 2 vol. in-8° de 463 et 524 pages. Chez J.-B. Baillière.

En abordant l'analyse de ce livre, j'éprouve un certain embarras que je ne puis dissimuler. Si je ne prends en considération dans l'ouvrage de M. Renouard que l'ensemble, que l'idée philosophique dominante, j'ai un éloge sincère à lui donner : l'auteur fait preuve de réflexion, de maturité d'esprit, de jugement sain, d'une connaissance exacte de la médecine actuelle, d'un sentiment élevé de l'utilité, et de la réalité de la science et de l'art. Mais, si j'étudie les détails, je suis étonné de rencontrer des inexactitudes et des omissions assez considérables. Comment concilier ces qualités et ces défauts? Voici, je crois, la réponse à cette question : l'auteur a en lui-même tout ce qu'il faut pour poser les bases d'une bonne histoire de la médecine, mais, malheureusement, il n'a pas assez cherché en dehors de lui, soit dans les historiens, soit dans les sources originales, les matériaux, les renseignements indispensables pour traiter un sujet de cette nature.

Le titre fait tort au livre, il dit plus qu'il ne contient, ou du moins il annonce autre chose que ce qu'il renferme. Il est évident, après une étude attentive de l'ouvrage de M. Renouard, que notre honorable confrère n'avait d'autre dessein que de publier une suite d'études sur la succession des théories et des systèmes, ou, comme on aurait dit au XVIIIe siècle, sur les *révolutions* de la médecine. Mais afin de répondre au titre inscrit au frontispice du livre: *Histoire de la médecine depuis son origine jusqu'au* XIXe *siècle*, M. Renouard rédige pour acquit de conscience une suite de chapitres sur la médecine des Égyptiens, des Hébreux, des Indiens, des Chinois, chapitres où le roman domine l'histoire. Comment en serait-il autrement? L'auteur n'a pu qu'abréger ses devanciers; eux-mêmes avaient le plus souvent demandé à leur imagination ou du moins à des sources fort suspectes, ce qu'ils auraient dû réclamer seulement aux monuments historiques.

Il y aurait beaucoup à dire sur les divisions adoptées par M. Renouard, sur les caractères qu'il assigne à chaque période; mais cette question m'entraînerait aujourd'hui beaucoup trop loin. Je dirai seulement que, malgré le vice de ses divisions, M. Renouard

a embrassé la médecine dans un cadre plus régulier et plus complet qu'on ne l'avait fait dans les manuels.

Je ne comprends pas non plus, chez notre honorable confrère, son amour exclusif des périodes abstraites caractérisées seulement par une tendance plus ou moins vraie, plus ou moins universelle de la science, et ne renfermant aucun nom propre : cette manière de procéder n'est pas du tout philosophique et ne représente pas l'histoire dans sa réalité. Jugez-en plutôt. Galien n'a même pas un chapitre à part; il est question de son anatomie sous la rubrique *École d'Alexandrie*, et de sa pathologie générale, sept chapitres plus loin, sous le titre : *Théories et systèmes*; *dogmatisme*.

Il m'a été impossible de déterminer si M. Renouard a voulu passer volontairement sous silence la période écoulée depuis la transplantation de la médecine grecque à Alexandrie jusqu'au milieu du IIe siècle après Jésus-Christ, ou s'il a confondu l'école d'Alexandrie sous les Ptolémées avec l'école d'Alexandrie restaurée sous les Romains. Quoi qu'il en soit, la période qu'il appelle *anatomique* ne commence en réalité dans le texte qu'à Galien, bien que dans le titre il la fasse partir de l'an 320 avant Jésus-Christ; cependant d'Érasistrate, d'Hérophile et de ses successeurs pas un mot, ce n'est qu'en passant qu'on trouve la mention d'*un Rufus* (p. 282).

Pour caractériser cette époque, l'auteur réunissant les noms les plus disparates, ne semble tenir presque aucun compte des dates, et morcèle les plus grandes renommées : aussi pour l'*anatomie*, la *physiologie* et l'*hygiène*, c'est Galien; pour la *nosographie*, Arétée et Cœlius Aurelianus; pour la *thérapeutique*, Dioscoride, et enfin pour la *chirurgie*, Celse. Une pareille manière de procéder, que je retrouve encore dans le second volume pour la médecine moderne, ne me semble pouvoir donner une idée exacte ni des hommes, ni des époques; aucun historien ne l'a proposée, que je sache, avant M. Renouard.

Ce qui regarde la médecine arabe et la médecine occidentale au moyen âge est insuffisant. Ce n'est qu'au second volume que M. Renouard entre véritablement sur son terrain, celui de la pratique; les sources lui deviennent plus familières, les questions ont plus d'*actualité* : aussi ce second volume offre en général une lecture plus intéressante et surtout plus profitable. Je ne voudrais pas laisser croire cependant que le premier volume ne renferme rien de bon. Je signalerai par exemple, comme des chapitres remarquables, ceux consacrés au résumé de la doctrine d'Hipp[illegible] à l'exposition des systèmes dogmatique, empirique, méth[illegible]

éclectique. J'ajoute aussi, à la louange de M. Renouard, qu'il a, pour la partie ancienne comme pour la partie moderne, consacré des chapitres spéciaux aux diverses branches de la médecine, ce qui n'avait pas encore été fait régulièrement jusqu'ici : je regrette seulement que ce cadre ne soit pas rempli d'une manière assez exacte et assez complète.

Le second volume, qui commence avec le XVe siècle, et finit avec le XVIIIe, comprend la *période érudite*, dénomination heureuse et juste, et la période *réformatrice*. Sur la première j'aurais plusieurs observations à faire, moins graves cependant que pour la période ancienne et pour celle du moyen âge. Quant à la période *réformatrice*, je n'ai guère que des éloges à donner à M. Renouard, non pour le plan que je n'approuve pas, mais pour la manière dont les diverses parties considérées isolément sont traitées. Les jugements sont fermes, l'exposition des connaissances est en général exacte, et les appréciations sont justes. On remarquera surtout les chapitres où sont discutés et posés les principes de la thérapeutique.

Si M. Renouard se fût borné à étudier à fond cette période, en y joignant la critique indépendante des écrivains actuels, il eût doté la littérature d'un livre excellent et des plus utiles. Sans partager exclusivement son point de vue philosophique (l'empirisme raisonné), je n'en rends pas moins pleine justice à la manière habile dont l'auteur a su faire servir ce système de *criterium* à l'histoire. C'est une justice qui lui a été rendue, même par des critiques allemands (entre autres par Choulant) dont toutes les sympathies sont cependant acquises au dogmatisme.

M. Renouard promet d'écrire un ouvrage intitulé : *Renseignements devant servir à l'histoire de la médecine contemporaine*, et un autre touchant l'influence des idées physiologiques sur les systèmes médicaux. J'affirme par avance que M. Renouard accomplira très-bien cette tâche. Qu'il abandonne franchement l'histoire érudite dont il ne semble pas apprécier assez la valeur et la portée, qu'il s'attache à l'histoire purement et immédiatement pratique. Il possède toutes les qualités exigées pour ce genre de recherches ; je me plais à le dire ici, non point comme un palliatif à ma critique, mais comme l'expression de mon intime conviction : dans mes éloges comme dans mes critiques un seul intérêt me guide, celui de la science, un seul sentiment me domine, celui de la vérité.

K. SPRENGEL's *Versuch einer pragmatischen Geschichte der Arzneikunde* (*Essai d'une histoire pragmatique de la médecine*); 4e édition, avec corrections et additions par le Dr J. ROSENBAUM. 1er vol.; Leipzig, 1846; in-8o de XVI-644 pag.

La réputation et le succès que l'histoire de la médecine de Sprengel obtint, soit en Allemagne, soit dans les autres pays, tiennent au moins autant à des circonstances extérieures qu'au mérite intrinsèque de l'ouvrage. Il est maintenant reconnu que cette histoire, conçue sur un plan défectueux et d'après des vues philosophiques étroites, fourmille d'erreurs et d'inexactitudes, en même temps qu'elle pèche par de nombreuses lacunes qui portent sur des faits de détails ou sur des points considérables. Je crois pouvoir dire que, sous beaucoup de rapports, l'ouvrage de Sprengel est inférieur pour les parties communes aux ouvrages de Schulz, d'Ackermann et surtout de Daniel Leclerc, dont le livre excellent et consciencieux est certainement trop dédaigné. Toutefois le livre du professeur de Halle a le mérite incontestable de présenter en un ensemble, dont l'apparence est assez régulière, toute la suite de l'histoire de la médecine jusqu'à la fin du XVIIIe siècle et de fournir ainsi des notions plus ou moins étendues sur le développement et la marche de la science, en présentant en même temps une biographie et l'exposition des connaissances théoriques et pratiques des auteurs.

Mais ces notions sur le développement de la science sont trop souvent superficielles; ces biographies ne sont pas toujours puisées à des sources bien authentiques, cette exposition des doctrines manque parfois d'exactitude, et n'est presque jamais complète. Aussi quand on veut approfondir notre histoire, quand on veut l'étudier d'une manière critique en comparant les unes aux autres, et en jugeant ainsi l'une par l'autre les acquisitions successives, et en cherchant à se rendre un compte rigoureux de la valeur de la signification d'une idée ou d'un fait, on ne trouvera presque aucune ressource dans Sprengel qui expose, mais ne juge pas. S'il se départ de ce principe dans les derniers volumes, c'est pour juger en brownien déclaré : le scepticisme qu'il affecte dans son introduction, son titre pompeux d'*Histoire pragmatique*, semblent autant de prétextes pour s'abstenir de toute recherche approfondie.

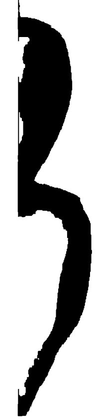
Cependant, malgré tous ces défauts, l'histoire de Sprengel a eu quatre éditions; et, chose non moins étonnante, pendant un espace de plus de vingt ans, un seul livre est venu commencer, avec un plein succès, il est vrai, la lutte avec cet ouvrage considéré comm

classique ; c'est le savant travail de Hecker. Malheureusement l'auteur s'arrête devant les Arabes, et menace même de ne jamais franchir cette rude et effrayante période, précisément parce qu'il veut rester fidèle à son titre et à la tendance de son esprit : *écrire seulement d'après les sources.*

Lorsqu'on aura lu ce jugement qui sera peut-être trouvé sévère, mais que je pourrais justifier par de nombreuses preuves à l'appui, on ne s'étonnera pas que je voie avec peine M. Rosenbaum, homme si instruit, si sagace, si apte à faire un ouvrage de son propre fonds, s'efforcer de relever et d'étayer un édifice croulant de toutes parts. L'aspect seul du premier volume, tel qu'il est sorti des mains du nouvel et savant éditeur, montre jusqu'à quel point le travail de Sprengel était insuffisant, défectueux et loin des limites auxquelles peut atteindre de nos jours l'historiographie médicale. La moitié du livre est dans les notes rectificatives, et dans les additions de M. Rosenbaum. Le texte lui-même est hérissé de points d'interrogations, de parenthèses, de crochets ; rien n'est plus fatigant pour l'esprit et même pour les yeux que ces pages chargées de renvois, d'étoiles, de chiffres, et surtout de marques d'incertitude : comment lire avec plaisir, et même avec fruit un texte qui appelle sans cesse les notes, pour être compris et complété ?

Je ne saurais indiquer combien sont considérables et nombreuses les corrections et additions faites par M. Rosenbaum, qui a refait, pour ainsi dire, des chapitres entiers, par exemple ceux consacrés à Hippocrate et à l'école d'Alexandrie, travail immense, mais ingrat pour l'auteur et pour les lecteurs, et que j'aurais tant souhaité voir employé pour une œuvre originale. Si maintenant on fondait le nouveau avec l'ancien en un ensemble régulier, on aurait certainement une histoire pragmatique, c'est-à-dire contenant l'indication de tous les faits et de toutes les doctrines ; mais on n'aurait pas encore une histoire critique, car M. Rosenbaum ne juge et ne compare guère plus que Sprengel, dont il devait respecter le cadre et la manière de concevoir l'histoire.

Je ne saurais, malgré mon désir, entrer dans l'examen détaillé de l'histoire de Sprengel, et surtout des additions et modifications introduites par le nouvel éditeur. Le premier volume s'arrête vers l'an 117 avant Jésus-Christ. On remarquera particulièrement ce qui regarde Hippocrate, Aristote, l'école d'Alexandrie. J'aurais désiré qu'une critique plus sévère, qu'une étude plus réelle des sources authentiques eût présidé à la partie consacrée aux origines mythologiques de la médecine, ainsi qu'à la prétendue médecine



égyptienne, sur laquelle les monuments nous fournissent peu de renseignements, et qui jusqu'à présent a été traitée d'après des documents très-récents et d'une origine suspecte.

La traduction française, déjà fort en arrière de la dernière édition publiée par Sprengel lui-même, pour qui sait l'allemand, est tout à fait annihilée par celle à laquelle notre honorable confrère vient d'attacher son nom.

Lehrbuch der Geschichte der Medicin und der Volkskrankheiten (*Manuel de l'histoire de la médecine et des maladies épidémiques*), *von* H. Haeser. Iéna, 1845; grand in-8° de xxxviii-922 pages.

Rien, à mon avis, ne serait plus propre à fortifier ou à faire naître le goût pour l'étude de l'histoire de la médecine que la publication d'un manuel qui, sans entrer dans de trop grands détails, nous donnerait un exposé critique de tous les événements qui se sont succédé depuis l'origine de la médecine jusqu'à nos jours. Nous possédons, il est vrai, un ouvrage de ce genre fait de main de maître; je veux parler des *Institutiones historiæ medicinæ* d'Ackermann, publiées en 1792. Cet ouvrage se recommande aussi bien par le talent d'exposition que par l'exactitude des détails, et par l'heureuse proportion qui a présidé à la distribution des matières. Il est très-fâcheux qu'Ackermann n'ait pas atteint le terme de son travail; il s'est arrêté à la fin du moyen âge. Depuis, beaucoup d'essais ont été tentés, mais aucun, je puis l'affirmer, n'a atteint son modèle. On a eu la prétention de refaire un livre qu'il fallait simplement compléter pour la partie déjà publiée à l'aide des découvertes nouvelles et achever sur le plan primitif pour la partie non encore traitée par l'auteur.

De tous les manuels publiés jusqu'à ce jour, celui de M. Haeser est, sans contredit, le plus complet, le plus méthodique; mais il n'échappe pas encore complétement aux reproches que j'adressais tout à l'heure aux ouvrages de ce genre qui ont succédé aux *Institutions* d'Ackermann. Toutefois, hâtons-nous de le dire, M. Haeser a sur tous ses devanciers le mérite incontestable d'avoir mis à profit, autant qu'il était en lui, les découvertes faites depuis un demi-siècle dans l'historiographie médicale.

Nous ne croyons pas devoir adresser un reproche à M. Haeser de ce qu'il n'est pas toujours remonté aux sources, en composant son manuel. Ce serait, en vérité, se montrer par trop exigeant si on ne permettait pas à celui qui écrit un livre de ce genre de profiter du travail de ses devanciers, surtout s'il sait bien choisir. Nous rendons au contraire hommage à la franchise avec laquelle M. Haeser

déclare que pour l'exposition des travaux de Galien et des médecins grecs du Bas-Empire il suivit Hecker, et Speiss pour l'exposition du système de Van Helmont. Quelques parties de l'ouvrage de M. Haeser auraient même gagné s'il s'était moins éloigné des travaux de ses prédécesseurs : cette remarque regarde principalement l'histoire de la médecine ancienne avant Galien.

Cette partie de l'ouvrage de M. Haeser est plus faible que les autres. L'auteur ne paraît pas s'être livré à une étude assez approfondie de l'antiquité ; je ne veux relever que deux erreurs de détails. M. Haeser cite parmi les médecins empiriques Crateuas, qui, n'étant pas même médecin, n'appartenait par conséquent ni à la secte empirique, ni à la secte dogmatique ; il était tout simplement *rhizotome* ou herboriste. — M. Haeser avance comme une découverte que les anciens pharmacopoles tenaient une espèce de cabaret et vendaient du vin à leurs pratiques, découverte qui se base uniquement sur le fait que Cicéron appelle souvent les boutiques des marchands de vin ἀποθῆκαι. M. Haeser paraît oublier qu'en grec ἀποθήκη signifie tout simplement *boutique ;* par conséquent, cette dénomination s'applique également à la boutique d'un pharmacopole et à celle d'un marchand de vin.

La faiblesse comparative de cette section du manuel tient, si je ne me trompe, à l'opinion erronée que l'auteur s'est faite sur l'importance relative des diverses périodes de l'histoire de la médecine: ainsi on lit dans la préface que la médecine nouvelle est la partie la plus importante de l'histoire de cette science. S'il s'agissait de défendre précisément la thèse opposée que l'histoire de la médecine ancienne est la partie la plus utile des études historiques sur la médecine, les arguments ne feraient pas défaut. Mais de pareilles discussions n'auraient aucune utilité, car celui-là seul est dans le vrai qui reconnaît que toutes les parties de l'histoire ont un titre égal à notre intérêt, que toutes sont également nécessaires et indispensables, parce qu'il est impossible de se rendre un compte parfaitement exact d'un fait historique sans l'avoir suivi dans ses développement à travers toutes les époques.

Je ne veux pas dire cependant que, même dans l'histoire de la médecine ancienne, on ne trouve rien de nouveau chez M. Haeser: il s'y rencontre des détails intéressants qu'on chercherait vainement chez les historiens antérieurs: on peut citer comme exemple le chapitre qui traite de la position sociale des médecins dans l'antiquité.

Ce qui distingue surtout l'ouvrage de M. Haeser de ceux de ses devanciers, c'est la part considérable qu'il accorde à l'histoire des



maladies épidémiques. Par la nature de ses travaux antérieurs (1), M. Haeser était tout ensemble pénétré de l'utilité de cette branche de la science, et parfaitement préparé pour la bien traiter. Cette partie du manuel inspire un vif intérêt; peut-être même ce travail engagera-t-il quelques-uns à se vouer à des recherches qui pourront augmenter nos connaissances sous ce rapport.

Malgré son mérite, l'histoire des épidémies n'est pas entièrement restée à l'abri d'inexactitudes; je n'en citerai qu'un exemple. L'auteur nous dit (p. 282) que l'institution des quarantaines ne date que de la fin du xve siècle, tandis qu'il eût pu lire dans Frari (ouvrage qu'il cite lui-même ailleurs pour le critiquer) que la quarantaine de Venise date déjà du commencement de ce siècle.

Ces défauts et quelques autres que nous croyons inutile d'énumérer ici tiennent, ce nous semble, à une certaine précipitation avec laquelle M. Haeser a rédigé son ouvrage, et qui l'a empêché de faire aussi bien que lui permettaient son talent et son zèle incontestables. Ce n'est pas seulement dans les détails des faits qu'on remarque des traces de cette précipitation, c'est aussi dans la rédaction. Il y a des paragraphes, surtout dans l'histoire de la médecine arabe, qui ressemblent plutôt à des extraits de lectures accolés les uns aux autres, qu'à l'exposé succinct, méthodique, d'un sujet bien médité, tel qu'on s'attendrait à le trouver dans un manuel bien fait.

Jusqu'ici je me suis attaché à indiquer ce qui manque dans l'ouvrage de M. Haeser; je ne puis me dispenser de dire encore quelques mots sur ce que je regarde comme surabondant : ce sont les critiques que M. Haeser insère presque à chaque page. Il croirait, ce semble, manquer à son devoir d'historien, s'il ne relevait les erreurs qu'il rencontre dans ses devanciers. Une tendance critique aussi exagérée devient fatigante, et paraît peu convenable dans un livre où il s'agit plutôt de rapporter avec exactitude les faits et les idées, que de combattre les erreurs et les inexactitudes. M. Haeser aurait dû se rappeler la règle qu'Ackermann pose si judicieusement dans sa préface :

«Non mens mea erat, dit-il, ut, quæ alii dixerant, quæque «minus vera esse perspexeram, in hoc libello notarem, corrige«remque coargueremque, id propositum enim si habuissem, libelli mei «moles major et legentibus forsan molesta evasisset.»

---

(1) Voyez surtout son *Histoire des maladies épidémiques*, mentionnée plus loin, et sa *Bibliotheca epidemiographica*, complétée par Thierfelder.

Nouveaux éléments d'hygiène, par Charles LONDE, membre de l'Académie royale de médecine, etc.; 3e édit., revue, corrigée et considérablement augmentée. Paris, 1847; in-8°, 2 vol. Chez J.-B. Baillière.

Faire de ce livre un examen détaillé après celui qui a été fait il y a quelques années à propos de la 2e édit. (voy. *Archives générales de médecine*, 3e série, t. III, p. 389), serait chose assez superflue. Quelle que soit la conscience, le soin avec lesquels un auteur revoit pour la troisième fois son œuvre; quelles que soient les additions, corrections, modifications qu'il y apporte : c'est toujours la même œuvre, avec toutes les qualités, et aussi avec les défauts, quand elle en a, qu'elle doit à sa constitution première. Nous retrouvons donc ici dans les *Éléments d'hygiène* de M. Londe les qualités qui les ont distingués dès l'abord, plus, les améliorations de détail que le temps et un esprit plus libre apportent nécessairement. Quant aux légers défauts qu'on a pu signaler et qui tiennent peut-être à la rigueur systématique du plan, à l'extension trop grande donnée à des idées phrénologiques, fort justes en elles-mêmes, mais qui doivent plutôt fournir les bases d'un traité d'éducation morale qu'entrer en détail dans un traité général d'hygiène, ces minimes défauts sont restés, il faut l'avouer. En somme, nous n'avons donc presque autre chose à faire qu'à constater de nouveau la valeur réelle et le succès mérité du livre de M. Londe.

Il ne faudrait pas cependant se figurer, d'après ce que nous venons de dire, que les trois éditions des *Éléments d'hygiène* ne se distinguent entre elles que par des améliorations de détail successivement apportées. L'auteur, dans la préface de la 3e édition, a très bien indiqué lui-même leurs différences. « A l'époque, dit-il, où parut la 1re édition des *Nouveaux éléments d'hygiène* (1827), le système de Broussais était encore dans tout son lustre; il influa d'une manière sensible sur les doctrines et sur le ton de l'ouvrage... La 2e édition parut en 1838. Déjà les progrès de l'anatomie pathologique avaient fait reconnaître les bornes que l'on devait poser à la doctrine de l'irritation. De grandes améliorations furent apportées à notre travail... Depuis (de 1838 à 1846), la marche de la science a été bien autre encore; la physiologie, la chimie organique, ont fait d'immenses progrès; le goût de la littérature médicale étrangère a enrichi notre langue des productions remarquables de l'Allemagne et de l'Angleterre... » L'auteur signale tous les travaux qu'il a dû étudier pour mettre sa

3e édition au niveau de la science actuelle, et explique par là le retard qu'elle a éprouvé dans sa publication; elle diffère encore plus, ajoute-t-il, de la seconde, que celle-ci différait de la première. On y trouvera, sous le rapport des doctrines, de grands changements, et sous celui des faits, beaucoup d'additions.

Sans vouloir entrer dans l'analyse détaillée de la nouvelle édition des *Éléments d'hygiène*, nous rappellerons seulement dans quel ordre y sont traitées les diverses matières de l'hygiène. Après une *ntroduction* dans laquelle l'auteur donne une idée générale de l'hygiène, il expose dans des *prolégomènes* les circonstances (tempéraments, idiosyncrasies, force, âges, sexes, etc.) qui différencient les applications des règles d'hygiène; puis il entre dans le sujet propre de l'hygiène, qu'il divise en deux parties.

Première partie : Hygiène des organes de relation. Cette partie est subdivisée en quatre sections dans chacune desquelles il est traité : 1° de l'hygiène des sens externes; 2° de l'hygiène de l'encéphale considéré comme organe des facultés affectives et intellectuelles; 3° de l'hygiène de l'appareil locomoteur : effets des divers exercices; 4° du repos des organes de relation ou du sommeil.

Seconde partie : Hygiène des organes de la vie végétative, divisée en trois sections : 1° Hygiène de l'appareil digestif; aliments et boissons. 2° Hygiène de l'appareil respiratoire : effets des différentes conditions de l'air atmosphérique; habitations. 3° Hygiène des organes sécréteurs, de la peau; effets de la lumière, du calorique, des bains, des cosmétiques, des vête ments, etc.; hygiène des exhalations pulmonaires, graisseuses, séreuses et menstruelles; des sécrétions folliculaires muqueuses; des sécrétions glandulaires, salive, bile, urine, sperme, etc.; de l'accouchement; de l'allaitement.

Tel est l'ouvrage de M. Londe, que, nous le répétons, nous n'avons plus à faire connaître. Nous ne pouvons cependant nous empêcher de signaler à l'attention des lecteurs quelques-unes des importantes additions faites par l'auteur, ou des améliorations heureuses qu'il a apportées dans plusieurs sections, qui existaient dans les éditions précédentes : telle est, à propos de l'hygiène des facultés affectives et intellectuelles, la discussion à laquelle se livre M. Londe sur les systèmes d'isolement et de silence proposés pour les détenus, et où il montre rationnellement et expérimentalement leurs fâcheuses influences; tel est l'exposé des différents exercices, sur lesquels M. Londe a fait des recherches qui lui sont propres, et qui l'ont amené à prouver que certains mouvements auxquels on attribue

la propriété de conserver la symétrie des organes, tendent, au contraire, à l'altérer; telle est encore la section où se trouve un travail nouveau sur la législation sanitaire des quarantaines, travail dans lequel l'auteur démontre qu'aucune des maladies comprises dans les instructions de la loi n'est susceptible, après avoir été transportée d'une localité dans une autre, de se propager dans cette dernière, et ne justifie conséquemment les mesures de prohibition prescrites par la législation en vigueur. Nous pourrions citer encore un grand nombre de chapitres intéressants; il nous suffit d'énoncer que les différentes questions d'hygiène publique et privée sont toutes traitées avec intérêt et science dans dans l'ouvrage de M. Londe.

Abrégé pratique des maladies de la peau, par Alphée Cazenave, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc., et H.-E. Schedel, D. M.; ouvrage rédigé d'après les documents puisés à l'hôpital Saint-Louis, dans les leçons cliniques de Biett. 4e édition, revue et considérablement augmentée; Paris, 1847; in-8°, pp. xii-637. Chez Labé.

Il est des ouvrages sur lesquels on n'a plus rien à dire, sinon que devenus classiques ils sont en possession de l'estime universelle, et que leurs éditions multipliées ne font plus que témoigner de leur succès mérité. Tel est l'ouvrage de MM. Cazenave et Schedel, dont nous annonçons la quatrième édition (la première date de 1828).—«Cette quatrième édition, disent les auteurs eux-mêmes, ne diffère en rien de la dernière quant à l'esprit, quant au plan, quant à la forme de l'ouvrage; mais elle s'en distingue par des corrections de détail, par des additions nombreuses et importantes, notamment sur la pellagre, qui a été observée et étudiée par l'un de nous (le Dr Schedel) à l'hospice de Milan; par l'introduction d'un genre nouveau de maladies transmissibles du cheval à l'homme (le genre *equinia*); par un plus grand développement donné à la thérapeutique.»

Celui des auteurs qui a rédigé le chapitre de la pellagre a, sans dépasser les limites dans lesquelles le restreignait l'ouvrage auquel il le destinait, donné sur cette maladie encore peu connue en France, sur ses causes, sur ses traits caractéristiques, des détails assez circonstanciés pour qu'on puisse s'en faire une idée exacte, et pour mettre le lecteur à même de juger la question importante de son origine. On sait qu'on en a attribué le développement à l'usage du maïs, et surtout à l'altération spéciale dont cette céréale

peut devenir le siége. Les conclusions de M. Schedel cadrent avec celles des observateurs qui ne croient pas cette opinion fondée, et elles sont longuement motivées. Cette opinion est d'autant plus importante qu'on n'ignore pas tout l'intérêt qui s'attache au maïs, comme plante alimentaire. Tout en réfutant l'accusation portée d'une manière absolue contre le maïs de causer la détérioration de l'espèce, et le développement d'un mal extraordinaire et sans remède lorsqu'il est porté à un certain degré, M. Schedel montre ce qui a pu y donner lieu et jusqu'à quel point elle est fondée : d'après notre auteur, c'est parce que les populations agricoles de la Lombardie emploient le maïs comme aliment *unique*, qu'il en résulte une détérioration continuelle de la constitution, détérioration qui, aidée par beaucoup d'autres causes, prédispose au développement de la pellagre. Du reste, l'influence de cette vicieuse alimentation n'est pas telle encore qu'on pourrait le supposer ; car dans chaque famille d'une population qui se nourrit exclusivement de farine de maïs préparé à l'eau, il n'y a qu'un très-petit nombre de membres qui soient victimes de la maladie.

Quant au genre *equinia* que les auteurs ont introduit dans leur pathologie cutanée, il comprend deux affections provenant du cheval et accompagnées de symptômes cutanés plus ou moins importants, mais cependant très-distinctes dans leur nature; car l'une, l'*equinia mitis* (*eaux aux jambes*) est une affection légère très-bénigne, et l'on pourrait même dire salutaire, puisqu'elle paraît l'origine de la vaccine ; tandis que l'autre, ou *equinia glandulosa* (*morve*) est une des maladies les plus graves ayant jusqu'ici fait périr le plus grand nombre de ceux qui en ont été atteints. Nous pourrions bien nous demander jusqu'à quel point on peut être autorisé à ranger la *morve* parmi les maladies cutanées, alors que les symptômes qui se montrent du côté de la peau sont certainement ceux qui ont le moins d'importance; mais le lecteur ne saurait se plaindre de trouver dans le livre de MM. Cazenave et Schedel plus qu'il n'y doit rigoureusement chercher ; et d'ailleurs il y a là un usage consacré par l'habitude et par le temps pour d'autres maladies, la variole, par exemple, que personne n'a jamais songé à considérer comme des maladies cutanées proprement dites.

Enfin les auteurs ont accordé à la thérapeutique un développement considérable et terminé leur livre par un formulaire, comprenant le recueil des principales formules employées par Biett à l'hôpital Saint-Louis, et dont un grand nombre ont été intro-

par ce remarquable praticien dans la thérapeutique des maladies de la peau. Cette addition ne sera pas sans doute la plus mal accueillie de toutes celles qui ont été introduites dans cette nouvelle édition.

Coup d'œil général sur les thèses soutenues devant les Facultés de médecine de Paris, Montpellier et Strasbourg, pendant l'année **1846.**

Ainsi que nous l'avons fait pour les comptes rendus des thèses des deux années précédentes, nous signalerons ici toutes celles qui présentent de l'intérêt, à quelque titre que ce soit, renvoyant à la Revue générale les faits et les résultats généraux qu'il nous a paru utile de faire connaître plus en détail.

1° Thèses de Paris.

Pathologie et thérapeutique médicales.

De Stahl et de sa doctrine médicale, par le Dr E.-C. Lasègue. pp. 66.—Cette thèse est certainement, sous le rapport littéraire, une des meilleures qui aient été depuis longtemps soutenues à l'École de Paris. Elle annonce dans son auteur un talent fait. M. Lasègue manie avec une grande aisance la langue et les idées métaphysiques. Aussi n'est-on pas étonné de la prédilection qu'il montre presque à chaque page pour la doctrine de Stahl, quoiqu'il dise ne vouloir que l'exposer. Stahl, si l'on veut apprécier toute sa valeur, et elle est grande, Stahl doit être jugé historiquement et non d'une manière absolue. Sous le premier rapport, il a droit à tous les hommages pour la vue profonde qu'il a jetée sur la science de l'organisme, pour les progrès dont il a été l'origine; car, ainsi que l'avait pressenti Leibnitz, et que l'a démontré Maine de Biran, le physiologisme de Cabanis ou l'organicisme moderne dérive de Stahl. Sous le second rapport, la doctrine de cet homme célèbre n'a plus aucune valeur, quoiqu'elle fût, sans aucun doute, la plus vraie, la plus puissante de toutes celles de la même époque. Fondée, comme le naturisme d'Hippocrate, sur certains phénomènes d'ensemble de l'économie animale, sur des résultats très-généraux, sa vérité et son application ne sortent pas de l'ordre de faits incomplets dont elle émane; de plus, ses principes métaphysiques lui ôtent, quoi qu'en dise M. Lasègue, le vrai caractère scientifique, celui de la prévision, puisque le fait y est, comme dans toute formule métaphysique, expliqué par l'existence du fait. Or, c'est sous ce dernier rapport que M. Lasègue juge et apprécie le stahlianisme; c'est comme auteur d'un profond vitalisme, de la seule doctrine qui puisse constituer la science pathologique et fonder une thérapeutique rationnelle, d'une doctrine qui admet au-dessus des faits une force réelle qui les gouverne en vue d'un but déterminé d'avance; c'est à ces titres que M. Lasègue présente Stahl à notre admiration. Ce n'est pas ici le lieu de discuter cette

question, qui n'en est plus une pour nous, comme on l'a pu voir. Quoi qu'il en soit, tout ceux qui voudront avoir une connaissance parfaite de la doctrine de Stahl devront recourir à la dissertation de M. Lasègue. Intelligence nette de la pensée de Stahl, puisée dans ses ouvrages et dans les dissertations qu'il écrivit sous le nom de ses disciples; style ferme, précis et élégant : tels sont les qualités qu'on trouvera dans cette exposition.

Essai sur les doctrines médicales, suivi de quelques considérations sur les fièvres; par le Dr P.-E. Chauffard. — Travail écrit à un point de vue exclusivement vitaliste.

Des accidents qui accompagnent l'établissement de la menstruation; de la chlorose en particulier; par le Dr E. Moutard-Martin. — Les recherches que l'auteur a faites sur la menstruation l'ont conduit à des résultats qui ne sont pas toujours identiques avec les opinions généralement accréditées: ainsi en ce qui touche la régularité et le mode d'apparition, sur 140 femmes qui ont fait le sujet de ses observations, 54 seulement ont été réglées régulièrement et 86 irrégulièrement; 94 ont éprouvé, avant la première apparition des règles, des accidents, indices de l'approche de la menstruation, et 46 ont été réglées sans s'en apercevoir. —La chlorose est pour M. Martin une maladie produite par le défaut de menstruation, ou par une lésion de cette fonction, et caractérisée par la pâleur de la peau et des membranes muqueuses, un état nerveux particulier, et la diminution des principes solides du sang. Cette affection est donc, pour l'auteur, une maladie particulière aux jeunes filles et aux femmes menstruées, qui dépend d'une lésion de la menstruation. Cette opinion, très-contestable, est défendue dans cette thèse avec un remarquable talent.

Considérations sur l'apparition des menstrues pendant le cours des maladies aiguës. De la mutité chez les aliénés; par le Dr L.-D. d'Heurle. — La seconde partie de cette thèse présente un véritable intérêt, en tant que décrivant une des formes les plus bizarres de l'aliénation mentale.

De la scrofule; par le Dr A. Milcent. — Véritable traité *ex professo*, qui n'occupe pas moins de 243 pages, et dans lequel l'auteur s'est proposé de retracer toutes les faces de cette affection si complexe et si variée. M. Milcent cherche d'abord à établir que la scrofule est bien une maladie, puisqu'elle a ses symptômes, sa marche, ses lésions; ensuite qu'il n'y a qu'une seule maladie scrofuleuse; que toutes les prétendues maladies de ce nom ne sont que des affections symptomatiques, survenant simultanément ou à des périodes successives de la scrofule; enfin, que c'est une maladie bien limitée et que l'on peut distinguer de toutes celles que l'on veut y faire rentrer, comme le rachitisme, et avec lesquelles on tend à les confondre, comme la phthisie.

Des fièvres pernicieuses en Algérie; par le Dr M.-A. Thiodet. — Les seules formes que l'auteur ait fréquemment observées sont les formes *comateuse, délirante, algide* et *cholérique*. Il rapporte aussi une observation fort remarquable de *fièvre hémorrhagique* suivie de mort.

De l'influence des maladies du cœur sur les poumons.

Dr J.-C. Juglar.—L'auteur s'est proposé de démontrer que, dans la plupart des maladies organiques du cœur, ce sont plus souvent les complications secondaires pulmonaires que les lésions cardiaques qui occasionnent les principaux symptômes et la mort. Pour n'avoir vu qu'une partie du travail pathologique qui s'accomplit en pareil cas, l'auteur n'en a pas moins fait un travail digne d'être consulté avec fruit.

De la stomatite mercurielle; par le Dr J.-B.-A. Grapin. — Bonne monographie.

De l'urine des albuminuriques; par le Dr Stuart-Cooper. — Dans ce travail, l'auteur établit l'existence dans le rein de deux organes, qui diffèrent l'un de l'autre par la disposition anatomique et par leur travail respectif. L'un d'eux, l'organe excréteur, *glandule de Malpighi*, qui semble agir collectivement avec les glandes perspiratoires de la peau comme régulateurs de la distension vasculaire; et l'organe sécréteur qui a pour fonction spéciale d'éliminer le détritus des tissus que le poumon ne peut consumer. Les faits qu'il a observés l'ont conduit à admettre, sous le rapport de la densité, trois espèces d'urines albumineuses : 1° celles de l'albuminurie franchement aiguë, et survenue sous l'influence de causes externes; 2° celles de l'albuminurie consécutive à une maladie coexistant avec elle; 3° celles de l'albuminurie chronique proprement dite. Les premieres ont toujours une densité au moins normale, si ce n'est même supérieure à celle des urines dans l'état de santé; les secondes subissent l'influence directe des maladies avec lesquelles elles coexistent; les troisièmes ont une densité très-variable. En général, plus la maladie marche et plus la densité des urines diminue, sans que cette diminution porte cependant dans les mêmes proportions sur tous les éléments de l'urine. L'albuminurie que l'on trouve dans les urines des personnes atteintes de maladies aiguës ou chroniques du poumon, du cœur, du foie, de la rate, du péritoine, de l'utérus, de maladies toxiques, telles que les fièvres dites éruptives, les typhoïques, de maladies spéciales de la peau, enfin, dans l'état physiologique de la gestation, ces urines n'ont rien de spécial, et elles sont les conséquences d'une modification rénale qui est commune à toutes, c'est-à-dire à l'hyperémie de l'organe, au premier degré anatomique de l'albuminurie, dont elles sont le premier phénomène.

De l'iodur de potassium considéré dans son emploi en thérapeutique; par le Dr I.-S. Lecœur. — Voyez Revue générale.

Du traitement de la fièvre typhoïde; par le Dr C.-A. Queval. — L'auteur a exposé avec soin, dans cette thèse, les diverses méthodes thérapeutiques qui se disputent le traitement de la fièvre typhoïde. La méthode antiphlogistique, dite des *saignées coup sur coup*, dont il a suivi les effets dans le service de M. Bouillaud, lui a paru beaucoup moins efficace que ne le pense ce professeur. En effet, il arrive à la proportion peu rassurante de 1 mort sur 2 $^{5}/_{11}$. Les évacuants ne lui paraissent pas plus juguler la fièvre typhoïde que ne le font les saignées, et les relevés statistiques qu'il a dressés fournissent une mortalité de 1 sur 3 $^{2}/_{3}$, résultat un peu plus satisfaisant toutefois que celui des saignées coup sur coup.

De la fièvre puerpérale; par le Dr C. Leray. — L'auteur considère cette affection comme une altération générale des fluides se développant sous l'influence de la puerpéralité, altération échappant au scalpel et à l'analyse chimique; et les symptômes locaux, comme des manifestations spéciales de l'état général sur certains organes. C'est principalement d'après une épidémie qui a eu lieu pendant l'hiver de 1844 à 1845, à la Maternité de Nantes, que l'auteur a tracé la description de la maladie.

Des inflammations des annexes de l'utérus et des ligaments larges; par le Dr H. Satis. — Bonne monographie qui résume d'une manière très-satisfaisante, les travaux antérieurs, et que l'auteur a augmentée de quelques recherches qu'il a faites personnellement dans les hôpitaux de Paris.

Des pertes utérines dans l'état de vacuité; par le Dr J.-D. Guérineau. — Dans ce travail, l'auteur a principalement insisté sur les métrorrhagies qui reconnaissent pour cause la présence des polypes, et sur les moyens de les combattre. Il signale comme un moyen précieux la cautérisation de la surface des polypes dans ces cas particulier.

Pathologie et thérapeutique chirurgicales.

Recherches sur les hernies graisseuses; par le Dr G.-L.-R. Bernutz. — Les hernies graisseuses ont le même siége, présentent des variétés analogues, offrent les mêmes enveloppes, enfin affectent les mêmes rapports que les hernies. La tumeur graisseuse proprement dite, formée par le tissu cellulaire extra-péritonéal, contient une cavité séreuse qu'on peut à juste titre regarder comme un prolongement du péritoine. Ce prolongement se continue avec la cavité abdominale ou par l'oblitération de son collet, il forme une cavité distincte; enfin, au niveau de ce collet, on trouve les stigmates de cet état pathologique si fréquent au collet du sac des hernies anciennes. D'où l'on peut conclure que ces tumeurs sont des sacs herniaires revêtus d'une lame de fascia superficialis plus épaisse que dans les autres hernies. Mais sont-elles des appendices péritonéaux disposés à recevoir plus tard les intestins, ou, au contraire, sont-elles des sacs herniaires que la nature tend à faire disparaître ? C'est la dernière opinion que l'auteur adopte, après avoir discuté les arguments des auteurs et les observations qu'ils apportent à l'appui. C'est donc là un mode de guérison des hernies. Ces tumeurs graisseuses peuvent devenir elles-mêmes le siége d'états morbides différents, hydropisies, inflammations, dégénérescences.

Du rétrécissement et de l'oblitération de l'intestin dans les hernies; par le Dr P.-E. Guignard. — Le rétrécissement et l'oblitération de l'intestin se produisent dans deux circonstances différentes: 1° dans le cas de hernie habituellement sortie; 2° dans le cas d'étranglement. Au point de vue de la nature des lésions et de la manière dont elles s'établissent, on peut en admettre également deux classes: 1° celle dans laquelle l'altération n'est que passagère; 2° celle dans laquelle elle est durable. La première forme est la plus fréquente et la moins grave: quant à la seconde, on peut en distinguer plusieurs espèces. 1° la diminution du calibre par ré-

trécissement de l'anse herniée avec hypertrophie des parois de l'intestin; 2° le rétrécissement de l'intestin après la cicatrisation de l'ulcération de la surface externe; 3° le rétrécissement de l'intestin dû à la cicatrisation des membranes internes détruites; 4° le rétrécissement dû à la cicatrisation, après gangrène d'une partie plus ou moins considérable de l'intestin; 5° l'oblitération de l'intestin. La conduite que le chirurgien doit suivre varie suivant trois circonstances dans lesquelles le chirurgien peut se trouver placé: ou bien les accidents existent chez une personne affectée d'une hernie ancienne et mal réduite, et ils ont de la gravité; ou bien ces accidents se confondent avec ceux de l'étranglement ou ne continuent pas après une opération de kélotomie; ou bien enfin, les accidents surviennent à une époque éloignée de l'opération. L'auteur n'hésite pas à dire que dans le dernier cas il aurait recours à la gastrotomie.

Considérations cliniques sur la contusion des membres; par le Dr J.-J. Lafaurie. — Travail bon à consulter.

De la ligature des artères d'après la méthode de Brasdor; par le Dr F.-B. Detrez. — Thèse dans laquelle l'auteur a rassemblé presque tous les faits de ligature pratiqués suivant cette méthode.

De la symptomatologie du mal vertébral; par le Dr L. Hupier. — Bonne monographie, dans laquelle l'auteur a réclamé, non sans raison, pour le célèbre Pouteau, l'honneur d'avoir employé le premier les moxas dans le traitement de cette maladie.

De l'anévrysme variqueux; par le Dr A.-M. Morvan. — Thèse remarquable par l'étendue des recherches bibliographiques, et par le soin avec lequel l'auteur a tracé l'histoire de l'anévrysme variqueux en général et de l'anévrysme variqueux des diverses régions.

Considérations sur les tumeurs des bourses ou capsules muqueuses du grand trochanter; par le Dr F. Game. — Les bourses muqueuses qui se trouvent à ce niveau sont au nombre de six: 1° la bourse muqueuse sous-cutanée; 2° la bourse muqueuse du grand fessier (bourse trochantérienne proprement dite); 3° la bourse muqueuse du moyen fessier; 4° la bourse muqueuse du petit fessier; 5° la bourse muqueuse de l'obturateur interne; 6° la bourse muqueuse de l'obturateur externe. De toutes ces bourses muqueuses, la seule dont on connaisse et dont l'auteur ait étudié les altérations est la seconde, ou bourse trochantérienne. Divers liquides peuvent être épanchés dans son intérieur, du sang, du pus, de la sérosité, et l'auteur reconnaît à l'évolution de ces épanchements cinq périodes différentes. La première, d'inflammation primitive de la bourse muqueuse; la deuxième, d'épanchement séreux ou sanguin; la troisième, d'épanchement purulent; la quatrième, de rupture du sac et formation de trajet fistuleux; la cinquième, de carie du grand trochanter. Le diagnostic de ces épanchements est très-facile à établir. Le siége de la maladie, ses limites, son étendue, son mode de développement, son aplatissement par les contractions du grand fessier, l'absence de battements, sont autant de signes qui ne permettent pas de la méconnaître. Ajoutons l'attitude habituelle du malade, qui ne se couche jamais sur le côté affecté, place instinctivement son membre dans une position intermédiaire entre

une légère abduction et le demi-quart de flexion, marche en inclinant fortement son bassin, afin d'éviter, autant que possible, la contraction du grand fessier, peut porter facilement son membre dans l'extension et l'abduction, tandis que la flexion et l'abduction forcées le font, au contaire, vivement souffrir. Les principaux moyens à employer sont : les incisions sous-cutanées, les injections iodées, et la cautérisation avec le fer rouge; enfin, dans le cas de carie fort étendue du grand trochanter, la résection de cette apophyse.

Essai sur une nouvelle sonde élastique pour le canal de l'urèthre; par le Dr A. Mattei. — Dans la première partie de son travail, l'auteur prouve, par l'histoire de la sonde, que de tout temps on a senti le besoin de rendre cet instrument aussi peu rigide que possible; dans la seconde, il établit, par des faits, que les sondes, telles qu'elles existent aujourd'hui, causent quelquefois, lorsqu'elles sont laissées à demeure dans le canal, les accidents les plus graves. Les sondes à demeure sont cependant un moyen à conserver dans le traitement des maladies des organes génito-urinaires; mais pour qu'elles soient sans inconvénient, il faut qu'elles restent dans le canal sans avoir besoin d'être retenues par des liens; qu'elles ne distendent ce conduit que sur les points qui nécessitent la dilatation, qu'elles permettent à la verge de se plier dans tous les sens, qu'elles s'accommodent sur place à la diversité de courbure de tous les urèthres, et enfin qu'elles n'exécutent pas de mouvements de va-et-vient dans le canal. La sonde que propose M. Mattei lui paraît réunir ces conditions : elle est très-flexible, et présente à ses deux extrémités un large bourrelet qui la maintient en place. Le bourrelet interne, qui offrirait de la difficulté à l'introduction de la sonde, se réduit lorsqu'il est comprimé à un volume qui n'excède pas celui de la sonde elle-même, aux dépens des yeux de cette extrémité; mais aussitôt le bec arrivé dans la vessie, les bandelettes, par leur propre élasticité, reprennent leur courbure, et le bourrelet ainsi que les yeux sont reproduits.

2° Thèses de Montpellier.

Des hémorrhagies considérées comme moyen médicateur et curateur; par le Dr A.-L.-H. Reynaud. — Après quelques considérations générales sur les diverses manières dont les hémorrhagies ont été envisagées, l'auteur range dans six groupes principaux les effets qu'elles produisent lorsqu'elles affectent une tendance médicatrice : 1° les hémorrhagies sont souvent leur propre remède; 2° les hémorrhagies sont anti-fluxionnaires; 3° elles ont un effet déplétif; 4° elles sont antispasmodiques et peuvent terminer entièrement certaines maladies nerveuses, en prévenir le développement ou le retour; 5° si elles sont fréquentes et peu copieuses, elles peuvent devenir *fortifiantes*, en ce sens qu'elles déterminent la *pléthore*; 6° enfin elles peuvent prévenir certaines maladies, en atténuer la gravité ou en suspendre temporairement le cours. Nous avons cru devoir faire connaître ces divisions pour montrer dans quelle déplorable logomachie l'école de Montpellier se complaît encore de nos jours. Telle qu'elle est, cette thèse n'en est pas moins l'expres-

sion d'un esprit distingué, mais sacrifiant à une doctrine malheureuse.

Essai sur les métastases; par le Dr L. Dufours. — Encore une thèse où la doctrine de Montpellier laisse une profonde empreinte, mais qui peut être consultée avec avantage.

Quelques considérations médicales sur la Corse, et en particulier des fièvres intermittentes qui règnent dans cette île; par le Dr J.-A. Masnou. — Essai de topographie médicale qui renferme des renseignements utiles. Les scrofules, les affections paludéennes et les maladies cutanées paraissent les affections les plus répandues dans l'île de Corse. C'est surtout aux mois d'août, septembre et octobre que les fièvres intermittentes sévissent avec vigueur et prennent souvent le caractère pernicieux. Les affections inflammatoires sont communes en hiver et au commencement du printemps. Dès la fin d'avril et au mois de mai, se manifestent des embarras gastriques, des diarrhées, des dysenteries; et dans les mois de juin, juillet et août, des flux muqueux et sanguinolents, des fièvres bilieuses, des ictères, de véritables irritations gastro-intestinales. A la fin de l'été et en automne, la fièvre typhoïde y exerce de nombreux ravages.

Essai sur les fièvres intermittentes et rémittentes, et principalement sur celles qui règnent en Algérie; par le Dr F.-M.-T. Grosse-Durocher. — Monographie où l'auteur a fait preuve de connaissances solides et d'une observation concienciеuse.

Essai sur la pustule maligne; par le Dr J.-H. Rocanus. — Thèse bonne à consulter.

Essai sur l'hygiène des jeunes gens dans les établissements d'instruction publique; par le Dr J. Caillat. — L'auteur a profité de la position qu'il occupe dans l'Université pour faire des observations critiques sur l'hygiène de l'éducation et sur les améliorations qu'il convient d'y apporter.

3° Thèses de Strasbourg.

Considérations sur la tonicité des vaisseaux, les causes qui la font varier, et les effets qui en résultent; par le Dr Wieger. — Sous le point de vue expérimental, cette thèse n'ajoute rien à ce qu'on connaissait jusqu'ici. L'auteur s'est proposé de déterminer le rôle des propriétés vivantes de la paroi vasculaire dans l'acte de la circulation périphérique, dans quelques-uns de ses troubles les plus faciles à examiner, et la part d'action du système nerveux. Il est à regretter que dans cette dernière partie de sa thèse il ait trop souvent fait intervenir des hypothèses mal justifiées. L'idée mère de ce travail, c'est que la contraction des vaisseaux dépend des nerfs et des centres nerveux par l'intermédiaire des ganglions.

Des médications thérapeutiques; par le Dr H.-C. Dauvé. — Dans cete thèse, couronnée par la Faculté de Strasbourg, comme la meilleure dissertation inaugurale de l'année, l'auteur a fait preuve à la fois de connaissances médicales étendues et d'un incontestable talent d'exposition. Nous ne pouvons accepter, toutefois, sans contrôle ni l'appréciation étroite que l'auteur a fait de l'empirisme, et de l'application de la méthode numérique à la thérapeutique, ni cette espèce de fantôme qui, sous le nom de *thérapeutique ration-*

nelle, tendrait à absorber à lui seul presque tout l'art médical. La médecine, quoiqu'en puissent dire quelques esprits théoriciens sera toujours bien plus du domaine de l'empirisme que de celui du rationalisme; et si en thérapeutique, par exemple, il y a un certain nombre d'indications dans lesquelles la raison seule peut servir de guide (par exemple pour les luxations, les fractures, etc.), il en est d'autres, et de beaucoup plus nombreuses certainement, dans lesquelles la raison ne peut que diriger l'expérimentation et l'application des données qu'elle fournit aux cas particuliers de la pratique.

Essai sur l'examen des malades; par le Dr Hégesippe Benoit. — Une maladie étant un ensemble d'éléments ou états organiques variables et mobiles, mais liés entre eux par des lois particulières, le diagnostic, qui doit en donner une connaissance complète, doit ressortir: 1° de l'appréciation exacte de l'organisme, dans lequel s'est développée la maladie (âge, sexe, état de santé des parents, profession, etc., enfin des causes connues morbides ou supposées par le malade); 2° de l'étude des divers états organiques ou éléments actuels de la maladie. Relativement à cette deuxième partie du diagnostic, de deux choses l'une: *A.* ou bien l'on arrive à la probabilité d'une certaine maladie: 1° par l'interprétation logique des premiers phénomènes morbides que mettent immédiatement au jour les premières questions, ayant trait à la durée, au siége, et aux circonstances qui ont signalé le début de l'affection; 2° ou en prenant les uns après les autres tous les phénomènes morbides (analyse organo-physiologique) susceptibles de se rencontrer dans les divers organes ou fonctions, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à en trouver un d'une valeur suffisante; puis cette probabilité, ainsi rationnellement acquise, se laisse guider par l'idée scientifique que réveille la maladie soupçonnée. Or, trois sortes d'idées peuvent surgir: 1° la maladie est connue dans l'enchaînement des rapports et la subordination de ses phénomènes aux lois de la pathologie physiologique; 2° ou bien les symptômes ne sont plus soumis aux lois précédentes, et sont sous la dépendance d'une cause spéciale, dont les effets sont toujours les mêmes, mais dont le mode d'action est inexplicable; 3° ou bien, enfin, on ne connaît de la maladie que son image phénoménale. Dans le premier cas on doit employer l'*analyse organo-pathologique*, c'est-à-dire rechercher les phénomènes morbides, dans l'ordre de dépendance que leur assignent les lois de la pathologie physiologique; dans le deuxième cas, l'emploi de l'*analyse étiologique* est indiqué, c'est-à-dire qu'il faut rechercher les phénomènes dans l'ordre spécial que leur assigne la cause particulière dont ils dépendent; dans le troisième cas, enfin, il faut avoir recours à la *méthode nosologique*, c'est-à-dire rechercher les phénomènes dans l'ordre où ils sont placés au tableau empirique de l'affection. *B.* Ou bien on n'aura pu arriver, par aucune route, à croire à l'existence d'une affection particulière, et l'état physiologique sera le seul probable; dans ce cas, il faudra employer l'*analyse organo-physiologique*, c'est-à-dire constater qu'il n'existe dans chaque organe, ou dans chaque fonction, aucun

phénomène morbide; car, si l'on en trouve quelqu'un, l'interprétation qu'on en peut faire ramène au cas précédent.

De l'anévrysme partiel du ventricule gauche du cœur; par le Dr Ch. Hartmann. — Bonne monographie, à laquelle nous avons emprunté une observation fort curieuse, qui figurera dans la Revue générale.

Essai sur les rapports de causalité entre les affections du cœur et celles du poumon; par le Dr A.-E. Mairel.— Thèse bien traitée, mais dans laquelle l'auteur a peut-être attaché un peu trop d'importance aux rapports anatomiques.

De l'action comparative de l'iode et de l'alcool, dans les injections iodées appliquées à la cure radicale de l'hydrocèle; par le Dr A. Deluy. — Voy. Revue générale.

Des bains russes ou slaves; par le Dr B.-T. Kultysiewicz. — On trouvera dans cette thèse des détails techniques très-curieux sur l'usage et le mode d'administration de ces bains parmi les peuples slaves.

Essai sur les tumeurs enkystées de l'extrémité inférieure du tronc fœtal; par le Dr A. Veling. — Voy. Revue générale.

Concours de physiologie à la Faculté de Strasbourg.

Appréciation des travaux les plus récents sur les fonctions du système nerveux; par G. Scrive, de Lille, D. M., chir.-major, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à l'hôpital mlitaire d'instruction de Lille, pp. 108.

Des mouvements des liquides dans l'organisme humain; par A. Lereboullet, D. M. et ès sciences, professeur à la Faculté des sciences de Strasbourg, etc., pp. 75.

Appréciation générale des progrès de la physiologie depuis Bichat; par Émile Küff, D. M., agrégé et chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Strasbourg, pp. 57.

De la fécondation; par Ch.-E. Édouard Strohl, D. M., agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, pp. 50.

Des muscles et des os au point de vue de la mécanique animale; par E. Michel, D. M., pp. 40.

Ces thèses de concours sont des plus recommandables; elles se font remarquer non-seulement par une intelligence profonde des sujets qui y sont traités, mais encore par l'esprit général qui y règne. Peu de concours offrent un ensemble de dissertations aussi remarquables. On conçoit, du reste, qu'il soit difficile, dans des œuvres aussi rapides, de se livrer à des recherches originales propres à

élucider les points douteux ou obscurs d'une question. On ne pouvait donc demander qu'un exposé complet de ce qui avait été fait sur chaque sujet, et, sous ce rapport, on trouvera dans la thèse de M. Scrive un résumé lucide et une appréciation judicieuse de toutes les découvertes modernes sur le système nerveux. Nous en dirons autant pour celle de M. Strohl. M. Lereboullet a pu ajouter à l'exposé complet de son sujet des idées qui lui sont propres, et qui se retrouvent déjà en partie dans ses autres travaux. Nous citerons encore le sujet échu à M. Küff, qui ne pouvait donner place qu'à des vues générales, mais qui a été traité avec une grande distinction : c'était l'*appréciation générale des progrès de la physiologie depuis Bichat jusqu'à nos jours*. Nous devons ajouter que l'auteur de cette dernière dissertation a été nommé professeur.

Annonces bibliographiques.

Traité de médecine légale, par M. Orfila, doyen et professeur de la Faculté de médecine de Paris, etc.; 4e édition, revue, corrigée et considérablement augmentée, contenant en entier le *Traité des exhumations juridiques*, par MM. Orfila et Lesueur, avec 7 planches dont 4 coloriées. 4 vol. in-8° ; prix : 26 fr.

Traité de la fièvre typhoïde, par J.-B. de Larroque, ancien médecin de l'hôpital Necker, etc. 2 vol. in-8°; prix : 12 fr.

Traité théorique et pratique d'auscultation obstétricale, par J.-A.-H. Depaul, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. 1 vol. in-8°, avec 12 planches intercalées dans le texte; prix : 5 fr.

Ces trois ouvrages se trouvent chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 4.

Éléments de morphologie humaine. Première partie : *Physionomie de relation, localisation physionomique des plis faciaux représentatifs des différents actes de relation*, pour servir à l'étude des races; par J.-E. Cornay, D. M. P., etc. Paris, 1837, gr. in-18 ; prix, 2 fr. Chez Gide et Ce, éditeurs, rue des Petits-Augustins, 5, et chez Labé.

Des Effets physiologiques et thérapeutiques des éthers, par le docteur H. Chambert. Paris, 1847 ; in-8°, pp. 260, fig. Prix : 3 fr. 50 c.; chez J.-B. Baillière. Cet ouvrage est ainsi divisé : 1° lésions fonctionnelles qui se manifestent sous l'influence des inhalations éthérées; 2° lésions anatomiques des animaux morts sous l'action de l'éther; 3° action physiologique de l'éther sur les organes en particulier; 4° action physiologique [illegible]



que l'éther sulfurique; 5° applications thérapeutiques, des conditions générales qui contre-indiquent l'inhalation de l'éther; 6° application des inhalations d'éther à la chirurgie, contre indications spéciales, des applications de l'éther aux opérations en particulier, et sur les accidents consécutifs des opérations chirurgicales; 7° applications des inhalations éthérées à la médecine; 8° applications des inhalations éthérées à l'art obstétrical; 9° application thérapeutique de l'éther administré par la méthode rectale; 10° cas de mort qui ont suivi l'emploi des inhalations d'éther.

La Syphilis, poëme en vers latins, par Jérôme Fracastor; traduit en vers français, précédé d'une étude historique et scientifique sur Fracastor, et accompagné de notes, par Prosper Yvaren, docteur en médecine de la Faculté de Paris. 1 vol. in-8° de 380 pages; prix : 5 fr. A Paris, chez J.-B. Bailliere.

Manuel de médecine pratique, fruit d'une expérience de 50 ans, avec un appendice contenant des considérations sur la saignée, l'opium et des vomitifs, par C.-G. Hufeland, premier médecin du roi de Prusse; traduit de l'allemand par le docteur Jourdan, membre de l'Académie royale de médecine. Nouvelle édition, corrigée et augmentée d'un mémoire sur les *fièvres nerveuses;* 1 vol. in-8° de 750 pages, 7 fr.

Traité des maladies de l'oreille, par G. Kramer, médecin praticien à Berlin; traduit de l'allemand, avec des notes et des additions nombreuses, par le docteur Ménière, médecin de l'institution royale des sourds-muets de Paris, agrégé de la Faculté de médecine. 1 vol. in-8° de 544 pages, avec 5 figures intercalées dans le texte; 7 fr.

Kinésithérapie, ou Traitement selon la méthode Ling, par M.-A. Georgii; suivi d'un abrégé des applications de la théorie de Ling à l'éducation physique. In-8° de 158 pages, 2 fr.

Ces trois ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer Bailliere, rue de l'École-de-Médecine, 17.

De l'Origine des hernies et de quelques affections de la matrice; moyens de prévenir et de combattre ces infirmités par l'éloignement des causes et l'application de nouveaux procédés mécaniques; avec une planche explicative du texte; par le Dr P.-E. Lionet, de Corbeil. In-8°, pp. 178; Paris, 1847. Prix : 2 fr. 50.

Revue rétrospective des cas judiciaires qui ont nécessité l'intervention des médecins dans l'arrondissement de Metz; par MM. Isnard et Dieu, D. M. P., professeurs à l'hôpital militaire d'instruction de Metz, etc. Paris, 1847; 1 vol. in-8°. Prix : 2 fr. 50.

Aurelius, *de Acutis passionibus.* Nunc primum in lucem edidit, mendis quibus scatebat pro viribus purgavit, annotatione critica instruxit Dr C. Daremberg. Breslau et Paris, 1847; in-8°, pp. 69. Prix : 2 fr. 50.

Ces trois ouvrages se trouvent chez Victor Masson, place de l'École-de-Médecine, 1.

Rignoux, Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Monsieur-le-Prince, 29 bis.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

Décembre 1847.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

DE L'INFLAMMATION LIMITÉE A LA MEMBRANE SÉREUSE VENTRICULAIRE, ET SUR SA TERMINAISON PAR UNE HYDROCÉPHALIE CHRONIQUE;

Par le Dr RILLIET, *médecin de l'hôpital de Genève, ancien interne de l'hôpital des Enfants Malades de Paris, etc. etc.*

La phlegmasie franche des méninges n'est pas toujours bornée aux membranes qui enveloppent la périphérie du cerveau; elle envahit quelquefois aussi la séreuse qui tapisse l'intérieur des ventricules.

Cette méningite externe et interne n'offre pas des symptômes qui diffèrent sensiblement de ceux de la méningite périphérique seule, et c'est pour cette raison que nous les avons confondues dans une même description (1). En est-il de même de l'inflammation isolée de la membrane des ven-

(1) *Traité des maladies des enfants*, t. I, p [illegible] *nérales de médecine*, décembre 1846.



tricules, comparée à celle de l'arachnoïde et de la pie-mère périphériques?

Pour résoudre cette question, il faudrait posséder des observations de phlegmasie franche, limitée à la membrane qui tapisse les ventricules. Or, les cas de cette espèce sont excessivement rares. Pour notre part, nous n'en avons trouvé aucun dans les auteurs. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, les observations consignées dans l'ouvrage d'Abercrombie et dans les notes de son traducteur, font toutes mention d'inflammations occupant à la fois les ventricules et une partie des méninges soit de la base, soit de la convexité.

Nous aurions été obligé de laisser cette question sans réponse, si nous n'avions pas recueilli un fait qui nous semble être un exemple de méningite ventriculaire aiguë, terminée par une hydrocéphalie chronique. Voici, d'après cette observation, unique à notre connaissance dans les annales de la science, les analogies et les différences qui existeraient entre la méningite ventriculaire et la périphérique.

Dans les deux formes, la maladie débute, au milieu d'un état de santé parfait, par une violente céphalalgie, des vomissements, de la constipation, de la fièvre; mais dans la méningite périphérique, l'intelligence est pervertie à une époque très-voisine du début, tandis que dans la méningite ventriculaire elle pourrait, comme dans l'hydrocéphalie aiguë, être conservée jusqu'à une période très-avancée de la maladie. Dans la ménigite externe des enfants qui ont dépassé l'âge de deux à trois ans, les convulsions ne sont pas un symptôme caractéristique, tandis que dans la méningite ventriculaire elles sont remarquables par leur précocité, leur répétition et leur fréquence. Enfin la phlegmasie de la membrane qui tapisse les ventricules serait susceptible de se terminer par une hydrocéphalie chronique.

M. Guersant, en parlant de la méningite aiguë, avait déjà indiqué la possibilité de la terminaison de la phlegmasie par

l'hydrocéphalie; mais, ainsi que son article en fait foi, il paraît avoir eu principalement en vue les hydrocéphalies arachnoïdiennes, qui, comme nous l'avons prouvé ailleurs, ont une origine hémorrhagique.

Voici en quels termes il s'exprime (1) : « Quelques enfants sont atteints, à la suite des méningites aiguës, de maladies chroniques du cerveau ou du système nerveux, d'autres sont paralysés d'un membre, ou d'un ou plusieurs sens, d'autres tombent dans l'idiotisme, enfin un très-petit nombre est atteint d'hydrocéphalie chronique, et cette dernière terminaison n'est pas toujours mortelle. Le fait suivant en est la preuve : un enfant de 2 ans, bien constitué, est successivement atteint de fièvre avec coloration de la face, vomissements, assoupissement et convulsions : il tombe ensuite dans un état de langueur et de dépérissement, accompagné de somnolence, de tristesse, et presque d'idiotisme. Quoique les fontanelles fussent fermées, la forme de la tête reçut, dans l'espace de quelques mois, des modifications remarquables. Le diamètre transversal, d'une bosse pariétale à l'autre, prit un accroissement notable, la face semblait amoindrie et effilée à mesure que le crâne se dilatait, enfin la tête était aussi développée que dans l'hydrocéphale chronique. Gall, auquel on présenta cet enfant, n'hésita pas à prononcer qu'il était hydrocéphale, et qu'il succomberait infailliblement. Cependant au bout de dix mois environ de l'invasion de l'état aigu, il survint une fièvre intense qui fut bientôt suivie d'une éruption d'impetigo à la face et au cuir chevelu. Cette réaction devint le signal d'un changement favorable dans toute la constitution de l'enfant : il reprit bientôt des forces, son teint longtemps blafard se colora, et, ce qu'il y a surtout de très-remarquable, c'est que sa tête changea progressivement de forme et revint sur elle-même dans la direction des pariétaux. Enfin l'enfant gi-

(1) *Dictionnaire de médecine*, t. XIX, p. 419.

complétement. C'est maintenant un jeune homme de 25 ans, d'une excellente constitution physique; mais ses facultés intellectuelles sont très-bornées.

« Il est impossible, à ce qu'il semble, de ne pas admettre que, dans ce cas, l'hydrocéphale chronique a succédé à la méningite aiguë. Au reste, le mode de terminaison n'est peut-être pas aussi rare qu'on l'a cru. Ne doit-on pas rapporter à la même transformation plusieurs cas d'hydrocéphalies congénitales? Si nous considérons, en effet, que dans plusieurs hydrocéphalies de naissance, dont le siége est dans la grande cavité de l'arachnoïde, nous trouvons quelquefois l'arachnoïde viscérale épaissie et opaque, avec des adhérences de cette membrane, ou des lambeaux pseudomembraneux flottants dans la sérosité, comme j'en ai vu des exemples, il paraîtra très-vraisemblable de supposer que dans ces cas les traces évidentes de l'inflammation qu'on observe sont le résultat d'une méningite primitivement aiguë, qui s'est développée dans le sein de l'utérus, à une époque plus ou moins avancée de la gestation, et qui enfin s'est terminée par une hydrocéphalie chronique. »

Il résulte évidemment de ce passage, que pour M. Guersant, les hydrocéphalies arachnoïdiennes sont le résultat d'une phlegmasie, tandis que nous avons prouvé, M. Barthez et moi, que les collections séreuses avaient pour point de départ une ancienne hémorrhagie.

D'ailleurs, à supposer que M. Guersant ait connu l'existence des hydrocéphalies ventriculaires suite de phlegmasies, il n'est entré dans aucun détail sur la nature des altérations de la séreuse ventriculaire; il n'a pas indiqué la composition du liquide épanché, enfin il n'a pas décrit d'une manière suffisante les symptômes aigus de cette inflammation.

Nous espérons que l'observation suivante remplira ces lacunes.

Observation. — *Hydrocéphalie ventriculaire chronique succédant à une affection cérébrale aiguë; épanchement de liquide albumineux dans les ventricules; pas de tubercules* (1).

La jeune B..., âgée de 6 ans et demi, est forte, vigoureuse, bien musclée; elle a les épaules larges, la poitrine développée, la tête un peu volumineuse. Son intelligence est assez avancée; elle sait lire et passablement écrire, elle coud et brode bien; sa mémoire est heureuse; elle a appris par cœur un grand nombre de fables. Son père et sa mère sont bien portants, et l'on ne connaît dans sa famille aucun cas d'affection tuberculeuse ou scrofuleuse.

Elle a été nourrie au sein, et sevrée à huit mois. Pendant la dentition qui a été pénible, elle a maigri, et à deux reprises, elle a été atteinte de crises convulsives; plusieurs fois, elle a eu de la diarrhée. A neuf mois on l'a vaccinée. La coqueluche à dix-huit mois, et à cinq ans et demi, une rougeole bénigne et régulière, sont les deux seules maladies de l'enfance dont elle ait été atteinte.

Six mois avant le début de la maladie actuelle, elle eut pendant dix jours une fièvre assez intense, accompagnée de céphalalgie, d'accablement extrême, de vomissements, de constipation, suivie de diarrhée, et de deux attaques convulsives. Tous ces symptômes se dissipèrent peu à peu; le dixième jour, elle se leva, et trois jours après, elle retourna à l'école.

Le 7 février (la veille, elle était parfaitement bien portante) elle se lève avec du mal de tête, et refuse son déjeuner; cependant elle va à l'école, mais l'augmentation de la céphalalgie l'oblige d'en revenir bientôt. On la met au lit, elle s'endort; à midi, elle se réveille et mange une soupe, qu'elle vomit immédiatement. La céphalalgie augmente, elle ne peut rester assise, crie par moments; dans l'intervalle, elle est abattue sans pouvoir dormir; les idées sont nettes. Le Dr Stroehlin la voit le soir: elle se plaint surtout du mal de tête, et ne veut pas qu'on la touche; le bruit et la lumière l'inquiètent. Elle a la peau sèche, le pouls vif, dur, à 120; point d'éruption; la langue est blanche, jaune à sa base; elle vomit devant le médecin des matières bilieuses en abondance; c'est le troisième vomissement de la journée. La soif est peu vive, l'abdomen est mou, elle n'a pas de selles (la veille, elle avait été du

(1) Les détails de cette observation m'ont été communiqu[és par] le Dr Stroehlin; j'en ai moi-même pratiqué l'autops[ie].

ventre); les forces ne sont pas abattues, l'intelligence est intacte, mais parler la fatigue.

Cinq centigrammes d'émétique produisent d'abondants vomissements bilieux et une selle copieuse. La céphalalgie diminue; l'enfant s'endort; son sommeil est agité, angoissé; elle a des rêveries et une forte transpiration. Dans la nuit, elle se réveille en se plaignant de la tête, vomit de nouveau; on lui met des sinapismes; elle se rendort agitée.

Le 2e jour, au matin, céphalalgie, réponses faciles, moins d'accablement, elle vomit encore ses boissons, mais ne vomit plus dans la journée, ne va pas du ventre (5 sangsues de chaque côté des apophyses mastoïdes; le soir, calomel, 30 centigrammes). La nuit est agitée.

Le 3e jour, elle est mieux, ne vomit plus, le pouls est à 120, sans dureté, moins de céphalalgie; la malade joue un peu sur son lit; 8 grains de calomel amènent plusieurs selles. Cet état persiste le lendemain dans la journée (4e jour); mais le soir, elle est prise d'un accès de céphalalgie encore plus violent que les précédents, et d'un redoublement de fièvre; elle vomit la soupe qu'elle avait prise deux heures auparavant, et a ensuite une attaque de convulsions générales avec renversement de tout le corps en arrière (nouvelle application de sangsues et de sinapismes). Les convulsions se répètent pendant la nuit et le lendemain matin; dans l'intervalle elle dort, mais elle se réveille souvent en criant, et en se plaignant de la tête. On répète le calomel les quatre jours suivants : il amène chaque fois des selles : abattement, désir de repos et de tranquillité.

Le 7e jour (13 février), *l'ouïe devient dure.*

Du 13 au 21 février (7e au 15e jour), la céphalalgie continue, le pouls varie entre 90 et 100. Il y a de la constipation qui cède facilement à quelques grains de calomel; le ventre est mou, souple, sans douleur; elle mange sans vomir, et ne rejette que lorsque les convulsions se manifestent. Celles-ci apparaissent tous les deux jours durant environ demi-heure; elles sont précédées de cris, et composées d'une série de petits accès caractérisés par des secousses et de la roideur des membres et de la mâchoire, de la fixité des yeux et de l'abattement; une salive écumeuse découle des lèvres: ces attaques ressemblent à une épilepsie. Dans l'intervalle des convulsions, la malade était tranquille et jouait dans son lit; elle avait conservé ses forces et se levait facilement. Elle prenait une potion musquée avec quelques gouttes de teinture d'iode.

Le 15ᵉ jour (21 février), la céphalalgie devient très-intense, sans accélération bien notable du pouls qui reste à 108. L'enfant se plaint des oreilles, l'ouïe est beaucoup plus dure; elle ne peut dormir la nuit. Le lendemain matin, elle est soulagée par un petit écoulement séro-purulent qui a lieu par l'oreille droite, et qui dure jusqu'au 17ᵉ jour. Le matin, la céphalalgie persiste, l'ouïe va en diminuant. On rase la tête, on applique un vésicatoire sur le cuir chevelu, que l'on entretient avec de la pommade de Lausanne. Le pouls s'accélère un moment sous l'influence du vésicatoire, puis il se ralentit, et le 17ᵉ jour (24 février), *il est pour la première fois irrégulier pour le rhythme et pour la fréquence.*

Le 21ᵉ jour (27 février), l'enfant est complétement sourde; la surdité persiste accompagnée d'amaigrissement et d'un affaissement parfois assez considérable. Cependant la malade mange, la langue est bonne, les selles sont à peu près régulières, les vomissements reviennent par intervalles, surtout quand les convulsions vont paraître. Ces convulsions n'ont pas une périodicité régulière, elles se répètent quelquefois à plusieurs reprises dans la journée, ou bien restent deux et jusqu'à huit jours sans reparaître. Lorsqu'elles sont fréquentes, l'appétit se perd, la malade dort beaucoup, refuse de s'asseoir dans son lit, et ne prend aucun intérêt à ce qui se passe autour d'elle. Lorsqu'elles s'éloignent, l'enfant est gaie, s'occupe de ses joujoux, demande à coudre, témoigne de l'affection à ceux qui l'entourent, parle de choses arrivées avant sa maladie, et se lamente d'être sourde. La céphalalgie a complétement disparu.

Depuis le 18ᵉ jour, on prescrit une potion contenant 4 grammes d'iodure de potassium dans 32 grammes d'eau distillée; elle en prend 10 gouttes toutes les trois heures; on entretient le vésicatoire; de temps en temps, potion musquée.

Le 16 mars (38ᵉ jour), on lui fait des ablutions froides qui produisent beaucoup d'angoisses, mais qui paraissent éloigner les convulsions; on les continue tous les jours. Le 25 mars (47ᵉ jour), on lui fait prendre de l'oxyde de zinc. Son état persiste de même; le pouls est régulier.

A la fin de mars (52ᵉ jour), pour la première fois, *l'intelligence commence à décroître*, les forces sont abattues, la malade ne se tient plus assise, il faut l'appuyer; elle prend peu d'intérêt qui se passe autour d'elle. Cette déchéance de l'intelligence [illegible] mente tous les jours, mais lentement. (On continue l[illegible] d'oxyde de zinc, qu'on remplace parfois par des [illegible]

tion iodurée, et on met un nouveau vésicatoire sur la tête.)

Au commencement d'avril, la malade ne prend plus d'intérêt à ses joujoux, elle ne pense plus qu'à manger, et lorsqu'on lui apporte sa nourriture, elle éprouve une vive satisfaction. Elle reconnaît tous ceux qui l'entourent, leur párle, mais d'une manière peu compréhensible, et ne leur témoigne plus aucune amitié. Les convulsions reparaissent à intervalles irréguliers, mais de plus en plus éloignés, souvent de huit jours. Elles revêtent la forme d'accès hystériques, l'œil est fixe, il y a un tremblement convulsif de tous les membres, pendant lequel la malade crie, appelle sa mère; la crise se compose de plusieurs petits accès semblables, séparés par un intervalle d'abattement, pendant lequel l'enfant verse quelquefois des larmes.

Le 10 avril (63e jour), l'enfant, qui jusqu'alors avait demandé le vase, a une selle involontaire, mais dont elle a la conscience, car elle pleure jusqu'à ce qu'on l'ait lavée. Au bout de quelques jours, elle évacue dans son lit, avec effort de défécation, des matières dures, moulées, sans éprouver le besoin d'être nettoyée. De même elle ne prend plus sa cuiller pour manger, il faut lui mettre la nourriture dans la bouche.

Vers le milieu d'avril (68e jour), son médecin est la seule personne qu'elle paraisse reconnaître : quand il s'approche, elle lui tend la main, et tire la langue. Elle se nourrit bien, dort bien, le pouls est régulier, elle n'a plus de vomissements. (On suspend les ablutions froides.)

Le 25 de ce mois (78e jour), sa mère remarque une diminution de forces du côté droit; la petite malade hésite à se servir du bras, et s'affaisse de ce côté dans son lit.

Le 13 mai (96e jour), on la conduit à la campagne; on l'expose au soleil, la tête couverte; elle est alors sans aucune intelligence, ne parle pas, ne prend intérêt à rien; elle voit cependant ce qui se passe, car souvent elle suit des yeux les mouvements d'un petit chien qui court autour d'elle : elle a beaucoup d'appétit, mange tout ce qu'on lui donne, ne vomit pas; ses fonctions se font bien; elle est assise inclinée sur le côté gauche, et lorsqu'on lui donne un bonbon, elle le prend de la main gauche, le porte en hésitant à sa bouche, et l'avale, après l'avoir mâché avec rapidité. Plus de convulsions, parfois un petit mouvement de tremblement général comme un frisson prolongé qui dure cinq à six minutes.

Le 1er juin (au bout de plus de trois mois de maladie), les vomissements reparaissent; la langue est jaune, l'enfant a du dégoût,

elle est très-affaissée. Deux cuillerées d'huile de ricin occasionnent plusieurs selles ; elle a ensuite une crise convulsive qui dure dix minutes, mais la nuit est bonne, et elle reprend son ancien état. Le 8, même phénomène ; purgation nouvelle, retour à l'ancien état, sans convulsions. Le 18, purgation nouvelle, mais elle est suivie d'une violente crise convulsive qui dure demi-heure ; la nuit suivante, angoisse, sommeil agité. Le 19, au matin, vomissement abondant ; depuis l'avant-veille, elle refuse de manger, cependant elle rend des pois qu'on lui avait donnés le 17, quoique le 18 elle ait pris de l'huile de ricin. Le 19, on la ramène à la ville. Le soir, elle a une attaque convulsive, pendant laquelle elle pousse des cris aigus, et qui dure une demi-heure. A minuit, elle en a une seconde plus courte, elle s'endort ensuite, mais son sommeil est agité, angoissé, sauf de quatre à cinq heures. A six heures, après quelques angoisses, elle se réveille en criant, a une violente attaque convulsive générale, et expire au bout d'une demi-heure, tous ses muscles étant contractés.

En résumé, une jeune fille de 10 ans et demi, intelligente et bien développée, est prise subitement d'une vive céphalalgie, accompagnée de vomissements, de fièvre, de crainte du bruit et de la lumière. Au bout de quatre jours, survient une violente attaque de convulsions générales. Le 7e jour, l'ouïe est dure. Depuis lors la céphalalgie et les vomissements, et surtout les convulsions, continuent. Le 18e jour, le pouls est irrégulier et ralenti. Le 21e jour, la surdité est complète. Le 52e jour seulement, l'intelligence commence à décroître, les convulsions s'éloignent. Le 63e jour, les selles sont involontaires. Le 68e jour, l'idiotisme est presque complet. Le 78e jour, il y a une diminution de force au côté droit. A la fin, au troisième mois, les convulsions ont disparu. Huit jours plus tard, les vomissements se montrent de nouveau, avec des crises convulsives, intermittentes ; une dernière attaque occasionne la mort. La maladie a duré en tout quatre mois.

Autopsie. — Assez de maigreur, cadavre bien conformé, membres bien proportionnés. La partie postérieure du tronc, les bras et les

jambes, sont couverts de poils qui sont très-abondants et longs sur les jambes, plus fins sur le tronc. Roideur cadavérique générale, elle n'est pas plus prononcée d'un côté que de l'autre.

Les os du crâne sont minces, mais les sutures ne sont disjointes en aucun endroit; la tête paraît un peu grosse, mais cette grosseur n'a rien de frappant.

Pas d'adhérence entre le crâne et la dure-mère. Cette membrane ayant été incisée, on voit les circonvolutions complétement effacées, tassées; la surface du cerveau, lisse comme une membrane, est recouverte de l'arachnoïde qui est poisseuse. Les membranes qui revêtent la moelle allongée, la protubérance et le chiasma des nerfs optiques sont légèrement opaques. Il y a un peu de lymphe incolore épanchée dans les mailles de la pie-mère. L'arachnoïde est très-légèrement épaissie, et a un peu perdu de sa transparence, mais elle n'offre aucun caractère d'inflammation aiguë ou chronique. Les membranes cérébrales, soit à la base, soit à la périphérie, se détachent avec une grande facilité, surtout à la base. La pie-mère contient peu de sang. Les grosses veines cérébrales ne sont nullement distendues; le sinus longitudinal supérieur, ouvert dans toute son étendue, contient une petite quantité de sang liquide; il s'en écoule aussi un peu quand on incise le sinus droit. Les sinus pétreux, entamés par le trait de scie, fournissent du sang. La dure-mère qui tapisse la face interne des rochers n'a pas subi d'altération. Après avoir coupé une tranche de la superficie du cerveau, de l'épaisseur d'un centimètre et demi, on voit saillir la membrane ventriculaire. Une ponction fait jaillir un jet de sérosité parfaitement limpide; recueillie en entier, elle s'élève à plus de 10 onces. Ce liquide, traité par la chaleur, donne un coagulum albumineux blanc, comme un *œuf cuit dur*, qu'on peut évaluer en poids au quart du liquide soumis à l'ébullition (1).

En grandissant l'ouverture qui a près d'un centimètre d'étendue, les couches optiques et les corps striés se montrent déprimés et aplatis. La membrane ventriculaire, dans toute son étendue, offre un aspect gélatineux, elle a un demi-millimètre d'épaisseur, elle ressemble à la membrane muqueuse de l'estomac qui com-

---

(1) Cette analyse a été faite par M. Pyrame Morin, habile chimiste de notre ville.

mencerait à subir un ramollissement gélatiniforme ; mais ce n'est là qu'une simple apparence, car, loin d'être ramollie, elle a augmenté de consistance, et quand avec un bistouri bien tranchant, on pratique à la surface une légère section, on peut la détacher de la substance cérébrale en lambeaux assez longs et résistants. La consistance de cette membrane est remarquable dans le point où elle tapisse le septum lucidum, là elle résiste à une très-forte traction. Nous n'avons pas essayé de dédoubler la séreuse ventriculaire, mais son aspect et son épaisseur indiquent évidemment que c'est à une fausse membrane qu'elle doit son altération. Partout la substance cérérale a une très-bonne consistance : elle est plutôt augmentée que diminuée. Nulle part il n'y a d'injection. En aucun point du cerveau, du cervelet, de la protubérance, de la moelle allongée, on ne trouve de tubercules, ni de granulations tuberculeuses.

Les autres organes ne sont pas examinés.

Quelle a été, chez notre malade, la cause de l'hydrocéphalie ventriculaire ? Trois opinions peuvent être soutenues : la jeune B... a été atteinte ou d'une hydrocéphalie essentielle, ou d'une hémorrhagie ventriculaire, ou d'une phlegmasie.

Reprenons successivement ces trois hypothèses.

Hydrocéphalie essentielle. Les considérations suivantes ne nous permettent pas d'adopter cette opinion.

En effet, la plupart des pathologistes au courant des doctrines modernes sont d'accord pour admettre que l'épanchement, dans la maladie connue sous le nom d'*hydrocéphalie aiguë* par Whytt et Fothergill, n'est qu'un résultat de l'inflammation tuberculeuse, ou de la tuberculisation des méninges ; en d'autres termes, ils sont unanimes pour nier qu'un épanchement séreux dans les ventricules constitue une maladie *primitive* régulière.

Nous insistons à dessein sur le mot *primitive*, parce que les hydrocéphalies secondaires indépendantes de toute lésion cérébrale sont loin d'être rares : ainsi aucun méd... gnore que dans la convalescence de la scarlatine, s...

les enfants œdématiés, il se développe souvent des accidents cérébraux graves qui sont le résultat d'un épanchement ventriculaire; le même accident a quelquefois lieu à la suite de la rougeole ou dans d'autres affections, comme nous en avons publié des exemples.

Dans l'hydropisie ventriculaire aiguë, quelle que soit son origine, le liquide est en général transparent, limpide, et ne se coagule pas par la chaleur; les parois ventriculaires ont conservé leur consistance ordinaire, ou bien elles sont ramollies, mais la séreuse qui les tapisse est lisse, polie, elle n'a pas perdu de sa transparence, et n'est point doublée par une fausse membrane.

Les remarques que nous venons de faire sont applicables à l'hydrocéphalie chronique ventriculaire: l'épanchement est en effet presque toujours le résultat d'une cause organique. Quand l'hydrocéphalie est congénitale, elle coïncide donc avec un arrêt de développement du cerveau; quand elle est acquise, elle est produite, dans la très-grande majorité des cas, par des tubercules cérébraux ou cérébelleux, plus rarement par une tumeur d'une autre nature. La membrane ventriculaire offre sa coloration et sa transparence normales; quelquefois elle est légèrement épaissie, et se détache avec facilité des parties sous-jacentes. Le liquide n'est pas albumineux.

Appliquant au fait actuel les considérations que nous venons de rappeler, nous sommes obligé d'exclure l'hypothèse d'une hydrocéphalie essentielle, la forme primitive de la maladie, l'existence d'un liquide fortement albumineux et l'altération de la membrane ventriculaire étant en désaccord complet avec cette supposition.

Nous avouerons que nous avons été tout d'abord séduit par l'idée de rapporter la cause de cette hydrocéphalie à une ancienne hémorrhagie. Cette opinion, d'ailleurs, n'était pas nouvelle pour nous, car nous l'avions déjà exprimée dans notre

Traité des maladies des enfants (1). Les arguments suivants, auxquels nous ne voulons rien enlever de leur importance, et que nous consignons ici *in extenso*, semblent donner à cette hypothèse un assez grand degré de probabilité. Ainsi, 1° l'hémorrhagie arachnoïdienne étant souvent le point de départ d'une hydrocéphalie chronique dans la grande cavité de la séreuse, pourquoi n'en serait-il point de même de l'hémorrhagie ventriculaire? 2° Il existe dans la science des cas d'hémorrhagie ventriculaire dont les symptômes offrent une assez grande analogie avec ceux qui ont marqué le début de la maladie de la jeune B...

Discutons ces deux arguments.

1° Nous avons suffisamment indiqué ailleurs (*Traité des maladies des enfants*, t. II, p. 45) que l'hydrocéphalie arachnoïdienne était le résultat d'un épanchement sanguin dans la grande cavité de la séreuse. On peut suivre en effet, dans les cas de cette espèce, toutes les transformations que subit le sang, depuis le moment où il est épanché jusqu'à celui où la matière colorante ayant été résorbée, il ne reste plus de l'ancien épanchement qu'une membrane mince, tapissant l'arachnoïde. D'après le Dr Legendre, cette forme d'hydrocéphalie chronique serait souvent précédée d'un état aigu.

La membrane séreuse qui tapisse les ventricules étant de même nature que l'arachnoïde, il n'y aurait rien d'impossible à ce qu'une hydrocéphalie fût la conséquence de l'hémorrhagie, et que, comme cela a lieu pour l'arachnoïde, l'hydropisie fût précédée d'un état aigu correspondant à l'époque de la suffusion sanguine. Dans les cas de cette espèce, on devrait, comme chez notre malade, trouver dans les ventricules un

---

(1) T. I, p. 815.

liquide albumineux, car le sérum du sang contient une notable quantité d'albumine.

A cela nous répondrons : 1° que, chez la jeune B..., le liquide était limpide et transparent comme de l'eau pure, et qu'il est impossible, si son origine avait été hémorrhagique, qu'il n'eût pas conservé une coloration rougeâtre ou rosée, et qu'on n'eût pas trouvé quelques débris de matière colorante en contact avec la membrane ventriculaire; 2° que le sérum du sang contient, il est vrai, de l'albumine, mais en quantité bien moins considérable que n'en contenait le liquide ventriculaire (1); tandis que, dans les maladies inflammatoires, la quantité d'albumine dans les produitsépanchés augmente d'une manière notable.

Ces quelques considérations d'anatomie pathologique nous engagent donc à rejeter l'hypothèse d'une hémorrhagie ventriculaire. Les symptômes pouvaient bien nous faire hésiter, relativement à la cause des accidents aigus, entre une apoplexie et une méningite. Il existe en effet dans la science des cas d'hémorrhagie ventriculaire dont les symptômes offrent une grande analogie avec ceux de la phlegmasie des méninges. Nous en citerons pour preuve le fait suivant :

Le garçon de neuf ans qui fait le sujet de cette observation fut pris de céphalalgie au milieu de la nuit; il eut alors une espèce de convulsion légère et vomit abondamment. Le lendemain, persistance de la céphalalgie, vomissements fréquents, constipation. Le huitième jour, état presque parfait, mais dans l'après-midi, convulsions; le soir, céphalalgie frontale, pouls à 64. Il y eut un peu d'amélioration sous l'influence des réfrigérants, des purgatifs et d'un vésicatoire, mais le pouls resta lent : il y eut de la tendance à l'as-

(1) D'après Berzelius, sur 1,000 parties, le sérum renferme eau 901, albumine 80; tandis que, chez notre malade, l'albumine s'élèverait au quart du liquide contenu.

soupissement et une constipation opiniâtre. Le 11, au matin, légère convulsion, suivie d'une seconde très-violente, qui dura sans rémission pendant plusieurs heures. Pendant cette attaque, le bras et la jambe gauche étaient dans une agitation presque continuelle; le côté droit n'éprouvait de mouvements semblables que de loin en loin; le visage offrait une expression de satisfaction. Le petit malade était sans cesse mâchant, ou suçant, ou léchant ses lèvres. Après la cessation des mouvements violents, les doigts restèrent contractés pendant quelque temps. Dans la soirée, le malade revint presque entièrement à lui; pouls à 130. Le 17e jour, coma profond, diarrhée; mort après plusieurs convulsions.

A l'*autopsie*, la dure-mère et la pie-mère étaient saines; les deux ventricules latéraux renfermaient un caillot sanguin, et étaient distendus par de la sérosité rougeâtre. Du sang caillé était contenu dans toutes les autres cavités, répandu en quantité convenable à la base du crâne, il distendait la gaîne de la moelle jusqu'auprès de son extrémité inférieure. Le tissu du cerveau et celui de la moelle parurent sains (1).

Chez cet enfant, la nature des symptômes devait plutôt faire croire à une méningite qu'à une hémorrhagie ventriculaire. La céphalalgie, les vomissements, la constipation, et même les convulsions, sont des symptômes qui appartiennent plus à une phlegmasie franche des méninges qu'à une apoplexie. Cependant, à l'autopsie, l'arachnoïde était saine, tandis que la cavité des ventricules était distendue par de la sérosité rougeâtre et par des caillots. L'abondance de l'épanchement ne peut-elle pas faire présumer que si la maladie avait eu une plus longue durée, les caillots auraient été résorbés en partie, que la matière colorante aurait disparu, et que la fibrine décolorée aurait fini par tapisser l'arachnoïde ventriculaire en se confondant avec elle, et enfin qu'un liquide

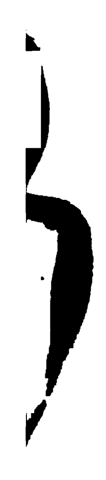
(1) *Traité des maladies des enfants*, t. II, p. 56. Cette observation, extraite du *Journal de médecine et de chirurgie d'Édimbourg*, a été aussi reproduite par Abercrombie, p. 348.

albumineux abondant aurait rempli les ventricules, en un mot qu'une hydrocéphalie chronique aurait succédé à l'épanchement sanguin ? On voit que nous ne diminuons en rien la valeur de ce fait; cependant, en le comparant à notre observation, nous trouvons deux différences assez importantes: 1° chez la jeune B..., la fièvre a été intense dès le début; 2° les convulsions n'ont paru que le quatrième jour. Au contraire, chez l'enfant qui fait le sujet de l'observation précédente, la fièvre paraît avoir manqué, et les convulsions ont eu lieu au début, comme cela doit être dans un cas d'apoplexie, et comme cela existe en effet toutes les fois qu'une effusion de liquide, quelle qu'en soit la nature, se fait instantanément dans la cavité ventriculaire. On voit donc, en résumé, que bien qu'il existe une grande analogie entre les deux observations que nous comparons, elles offrent sur des points importants d'assez notables dissemblances.

Concluons en disant que l'anatomie pathologique et la symptomatologie sont contraires à l'idée d'une hémorrhagie ventriculaire. Reste la dernière hypothèse, celle de l'inflammation qui nous paraît la seule admissible. Anatomiquement elle est démontrée par l'altération de la membrane ventriculaire et la nature du liquide; symptomatiquement, par la forme fébrile de la maladie.

Si l'on admet que notre malade a succombé à une hydrocéphalie, suite d'inflammation, notre observation sera précieuse en ce sens qu'elle permet d'établir les symptômes qui appartiennent spécialement à la méningite des ventricules. Nous avons cherché à les énumérer par anticipation au début de cet article, nous ne croyons pas nécessaire d'y revenir.

Nous faisons ici du diagnostic rétrospectif; mais on comprend combien pendant la vie il nous était difficile de déterminer à quelle maladie nous avions affaire. Le mode de début et la marche de l'affection cérébrale pendant les premiers jours laissaient le diagnostic en suspend entre une encépha-



lite, une méningite aiguë, et une hémorrhagie ventriculaire. L'état de santé de l'enfant avant le début, la violence des symptômes initiaux, l'absence d'hérédité tuberculeuse, écartaient nécessairement l'idée d'une tuberculisation méningée ou cérébrale. Plus tard, lorsque la maladie a passé à l'état chronique, le diagnostic n'était pas plus facile : la tête n'ayant pas augmenté de volume, on ne pouvait guère croire à une hydrocéphalie. L'autopsie seule permettait donc de résoudre le problème, et encore nous voyons que les investigations anatomiques ont laissé du doute sur la cause première de l'épanchement ventriculaire.

Conclusions.

1° La membrane qui tapisse les ventricules peut être enflammée sans que l'arachnoïde et la pie-mère périphériques participent à cette inflammation.

2° Cette méningite est caractérisée par de la céphalalgie, des vomissements, de la constipation, une fièvre assez intense, puis par des convulsions répétées sans altération de l'intelligence.

3° La phlegmasie peut se terminer par une hydrocéphalie chronique : la déchéance de l'intelligence, et plus tard l'idiotisme, en sont les symptômes.

4° Dans cette forme d'hydrocéphalie, le liquide épanché est fortement albumineux.

DE LA MÉTRITE PUERPÉRALE IDIOPATHIQUE OU MÉTRITE FRANCHE DES NOUVELLES ACCOUCHÉES, ET DE SA COMPLICATION AVEC LES PHLEGMONS PELVIENS ;

Par le Dr A. Willemin, *ancien interne des hôpitaux de Paris.*

(2e article et fin.)

4° *Métrites sans fièvre, sans tumeur à l'hypogastre, caractérisées par de la douleur et des lochies morbides.*

Obs. X. — *Travaux repris prématurément après l'accouchement, invasion tardive de douleurs à l'hypogastre. Le vingtième jour de l'accouchement, on constate un écoulement de sang par l'utérus avec une déchirure profonde du col. Guérison rapide sous l'influence du repos.* — Del... (Catherine), âgée de 21 ans, domestique, rue Saint-Jacques, entrée salle Saint-Vincent, n° 25, le 7 juillet 1846. Cette fille, d'une forte constitution, d'un tempérament lymphatique, ayant toujours joui d'une bonne santé, et pourtant mal réglée, accoucha pour la première fois le 18 juin, à l'Hôtel-Dieu. Elle était à terme : la grossesse avait été exempte d'accidents, l'accouchement se fit sans difficulté. Elle sortit de l'hôpital au bout de huit jours, après avoir eu, à une époque qu'elle ne peut préciser, un frisson suivi de légères coliques. Rentrée chez sa maîtresse, elle dut se livrer à de rudes travaux, porter de lourds fardeaux; bientôt elle éprouva de vives douleurs dans le bas-ventre, ainsi que de la céphalalgie. Elle travailla jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital.

Le 7 juillet (vingtième jour). Nous constatons l'état suivant: ventre gros, souple, météorisé, peu sensible à la pression ; langue jaunâtre; constipation depuis plusieurs jours, céphalalgie, apyrexie complète. Les seins n'ont jamais été douloureux. La palpation ne fait découvrir aucune tumeur dans le bas-ventre. L'écoulement utérin, supprimé depuis quelque temps, a reparu hier sanguinolent. Par le toucher vaginal, on ne parvient pas à atteindre le col de l'utérus. Le vagin n'est ni chaud, ni d'une sensibilité anormale; le doigt est retiré tout mouillé de sang. La malade n'urine ni plus ni moins que de coutume. (*Limonade, repos au lit.*)

Le 8. (*Poudre de scammonée, 1 gramme; bouillon aux herbes.*) Nausées, beaucoup de coliques.

Le 9. Pas encore de selle. (*Lavement.*) Trois selles dans la nuit du 9 au 10; deux autres dans la journée du 10.

Le 12. La malade a essayé de se lever : elle a éprouvé une sensation de pesanteur dans le bas-ventre; depuis hier aussi elle se plaint de mal à la gorge; on ne voit aucune rougeur au pharynx.

L'écoulement de sang, qui a eu lieu ces jours derniers, a cessé. La palpation de l'hypogastre, à peine sensible, ne fait reconnaître aucune tumeur. Par le toucher, on arrive avec difficulté à atteindre le col utérin, encore très-haut. Le museau de tanche est normalement conformé, mais il existe à gauche une *profonde scissure* qui s'étend latéralement jusqu'à 1 centim. au delà de la commissure (25e jour des couches). Apyrexie complète; urine jaune pâle, trouble.

Le 20. La malade s'est levée ces jours derniers. Son état général est très-satisfaisant, elle éprouve seulement par moments de légères coliques; aucune tumeur dans l'abdomen. La malade voit peu, en blanc.

Le 23. Le toucher fait reconnaître que le col est encore très-élevé, mince; la fissure persiste au même degré.

Le 27. Il n'est survenu aucun accident; la jeune fille sort de l'hôpital en bonne santé.

De toutes nos observations, cette dernière est la seule où il ne soit pas survenu aussitôt après l'accouchement, ou dès les premiers jours qui l'ont suivi, des symptômes assez sérieux pour nécessiter l'emploi d'émissions sanguines. Aussi, lorsque l'inflammation survint tardivement, l'utérus, ayant déjà subi son retrait, ne fit plus saillie à l'hypogastre. C'est en traitant du diagnostic, que nous justifierons la désignation de métrite donnée ici en l'absence de fièvre et de tumeur.

La cause première de l'inflammation doit se trouver dans la déchirure profonde du col de l'utérus. Tant que la malade garda le repos, les symptômes n'éclatèrent pas, du moins furent-ils très-obscurs. Lorsqu'à la cause prédisposante viennent se joindre des efforts pénibles, des excès de fatigue, la métrite se déclare. Sous ce rapport, il est intéressant de rapprocher cette observation de la 5e, où nous avons vu inter-

venir les mêmes causes, lésion du col et travaux prématurés. Mais, chez cette malade, l'inflammation de l'utérus s'était déclarée pendant son séjour à l'hospice, et avait eu pour premier effet d'empêcher le retrait de l'organe malade; aussi, lors de la récidive, avons-nous vu la matrice faire encore, au 27e jour, une saillie notable à l'hypogastre. Ici, par la raison contraire, il n'a pu y avoir de tumeur utérine, et la guérison s'obtint rapidement à l'aide du traitement le plus simple.

DESCRIPTION GÉNÉRALE DE LA MÉTRITE FRANCHE DES NOUVELLES ACCOUCHÉES.

Causes. — Sur les 10 femmes qui font le sujet de nos observations, 7 étaient accouchées à l'hospice de la Maternité, 1 à l'Hôtel-Dieu, 2 dans notre service à la Charité. Des 8 premières, 2 étaient sorties de l'hospice dès le quatrième jour, 3 dès le septième, 2 le huitième, et 1 seulement le neuvième jour des couches.

Or, cette double condition d'un accouchement à l'hospice, d'où ces pauvres ouvrières, pressées de retourner à leurs travaux, sortent bien avant le temps nécessaire au retrait régulier de l'utérus, et quelquefois malgré leur état de souffrance; cette circonstance étiologique a déjà été notée par M. Chomel comme se rencontrant très-fréquemment. Par la lecture de nos observations, on a pu voir que les deux femmes qui ont quitté l'hospice dès le 4e jour ont présenté dans leur maladie des symptômes d'une grande intensité.

Une autre circonstance qu'il était intéressant de rechercher, c'était la plus ou moins grande fréquence de l'*état de primipare* chez ces nouvelles accouchées.

Or, sept encore sur dix en étaient à leur première couche; les trois autres à la seconde. Il a été noté que, chez les primipares, la matrice a plus d'aptitude à reprendre prompte-

ment le volume physiologique, ce qui se conçoit en raison de la contractilité plus puissante des fibres musculaires. D'un autre côté, un premier accouchement est, on le sait, une circonstance fâcheuse et qui expose toujours à une plus grande gravité des symptômes puerpéraux. L'*âge* de nos accouchées était de 19 à 23 ans, une seule était âgée de 29, et une autre de 37 ans.

Si maintenant nous recherchons les causes plus immédiates qui peuvent produire la métrite puerpérale idiopathique, nous en trouvons une, en dehors de toutes les influences plus ou moins probables indiquées par les auteurs, telles que l'impression du froid, les émotions vives, les excès divers, etc. Cette cause est la *déchirure profonde du col de l'utérus*, et personne, autant que nous sachions, ne l'avait encore formellement indiquée. La déchirure de la commissure gauche des lèvres du col par suite de l'expulsion du fœtus est un fait à peu près constant et qui semble peu préoccuper les accoucheurs. On conçoit en effet que cette lésion, quand elle est peu étendue, n'ait qu'une faible importance sous le rapport pathologique; mais lorsqu'elle dépasse les limites ordinaires, lorsque huit, quinze jours ou même un mois après l'accouchement, on constate encore une entaille profonde au col de la matrice, cette lésion ne peut plus être d'une entière innocuité.

Effectivement, sur nos sept primipares, nous avons reconnu quatre fois l'existence de la lésion que nous venons de signaler; et que l'on ne nous objecte pas que cette déchirure ne nous a frappé qu'à cause du peu de temps écoulé depuis l'accouchement : jamais, chez d'autres femmes accouchées depuis le même temps, nous ne l'avons rencontrée à un tel degré. D'ailleurs, si pour l'une de ces malades cette lésion a été notée au 13e jour des couches, nous l'avons constatée chez les autres au 21e, au 25e et même au 27e jour.

Or, comme chez deux de ces malades (3e et 9e observ.),

où ne peut accuser d'autre cause appréciable, telle que des occupations pénibles reprises prématurément, etc.; comme chez les deux autres (4e et 6e, qui étaient à la vérité retournées à leur travail dès la fin de la première semaine), les douleurs avaient précédé la sortie de la maison d'accouchements, il nous semble que la cause invoquée par nous ne saurait être méconnue. Une lésion aussi marquée, une plaie contuse, survenant dans les conditions puerpérales, n'est-elle pas d'ailleurs de nature à produire, plus que toute autre, une inflammation de l'utérus, lorsque surtout, comme il arrive en ce cas, la plaie se trouve en contact prolongé avec le liquide plus ou moins septique et fétide de l'écoulement lochial. La plaie du col utérin atteignait des dimensions remarquables chez deux de nos malades : dans la 9e observation, nous trouvons, au onzième jour des couches, une déchirure profonde de 15 millim., formant un lambeau mobile au devant du col. Dans la 3e observation, la plaie qui présentait les mêmes dimensions, les conservait encore au 21e jour, lorsque la malade sortit de l'hôpital.

Pour les autres primipares, nous avons noté comme cause présumable, chez l'une (observ. 9), une antéversion très-prononcée; sur une autre (observ. 6), des manœuvres prolongées pour obtenir la sortie du délivre. Chez la dernière enfin, qui accoucha au huitième mois de sa grossesse, les douleurs vives ressenties dans le bas-ventre quatre jours avant l'accouchement semblent avoir été déterminées par les travaux pénibles auxquels elle était soumise.

Chez les trois malades accouchées pour la seconde fois, nous ne pouvons assigner à la métrite que des influences étiologiques moins évidentes ou moins puissantes en apparence: pour l'une (observ. 5), l'existence d'une métrite chronique depuis la première couche; pour l'autre (observ. 9), des travaux repris peut-être trop précipitamment; chez la dernière, qui eut une métrite aiguë (observ. 1), nous n'avons trouvé

aucune cause appréciable. Jamais nous n'avons pu rapporter l'inflammation de l'utérus à la *suppression des lochies*. Chez une seule de ces malades, l'écoulement lochial s'est arrêté le 4e jour, à la sortie de la Maternité ; mais elle avait éprouvé, avant cette suppression, de vives douleurs, signe d'une métrite déterminée chez elle par une profonde déchirure du col.

Symptômes. — La métrite idiopathique des nouvelles accouchées est susceptible, comme toutes les autres inflammations, de se montrer sous plusieurs *formes :* sous la forme aiguë, subaiguë, ou chronique. Notre 1re observation est un type de la forme aiguë ; l'observation 5 semble devoir être considérée comme un cas de métrite subaiguë ; l'observation 10, comme un exemple de métrite chronique. Enfin, la maladie peut offrir des exacerbations, des récidives : cette dernière circonstance se rencontre dans la 5e observation.

Nous avons déjà établi que la date seule de l'invasion de l'affection après l'accouchement ne suffit pas toujours pour faire préjuger la forme que celle-ci doit revêtir. Ainsi, tandis que l'observation 7 nous présente un cas où, dès le début, la maladie semble avoir pris un caractère bénin, une tendance à la chronicité ; nous voyons dans l'observation 3, l'affection ne débuter qu'au 6e jour avec la forme aiguë. L'observation 4, dont le sujet n'entra à l'hôpital qu'un mois après l'accouchement, nous offre les symptômes d'une métrite aiguë, qui se développa sous nos yeux, compliquée, il est vrai, d'un phlegmon iliaque. Cependant, on peut dire en général que plus le début de l'inflammation est rapproché de l'accouchement, plus les symptômes ont d'intensité.

Nos quatre séries montrent la disparition successive de l'un des signes principaux, dont la réunion constitue la forme aiguë de la maladie. Chacune des diverses formes peut se manifester dès le début de l'affection ; mais la métrite qui a débuté par la forme aiguë, examinée à ses différentes périodes,

lorsqu'elle marche vers la résolution, présente aussi successivement les autres formes que nous avons spécifiées. On peut s'en convaincre en parcourant nos premières observations dans leurs diverses périodes. La division que nous avons admise a l'avantage de fixer de suite les idées sur le pronostic et sur le traitement qu'il est convenable d'appliquer.

Prodromes. — Presque toutes les malades soumises à notre examen étant accouchées hors de l'hôpital, il ne nous a guère été possible d'observer par nous-même le mode d'invasion de la maladie. Voici néanmoins ce qui résulte des renseignements qu'elles nous ont donnés à cet égard. Sur les 10 malades, 5 éprouvèrent des *tranchées utérines aussitôt après* l'accouchement; les autres ne commencèrent à souffrir que les jours suivants : chez la malade de la 1re observation, les douleurs débutèrent dans la soirée du 1er jour; chez les autres, le 4e, le 6e, ou seulement après le 7e jour. Une circonstance à noter, c'est que ces trois dernières malades nous ont précisément offert une déchirure profonde du col de l'utérus. Pourquoi l'effet de cette cause a-t-il tardé à se manifester?

Nous nous sommes informé auprès des malades si elles avaient eu un *frisson initial*. Chez trois d'entre elles (1re, 3e, 5e obs.), ce phénomène eut lieu; deux autres (2e et 7e obs.) éprouvèrent *des* frissons après être sorties de l'hospice, où déjà elles avaient eu des tranchées utérines; les cinq dernières n'ont pu nous répondre formellement à cet égard. Il y avait une fièvre bien caractérisée chez les sujets des quatre premières observations.

Chez toutes les malades, le premier symptôme constant, celui du moins qui s'est manifesté en même temps que *la fièvre*, avant elle ou sans elle, consiste en des douleurs qu'elles désignent sous le nom de *coliques*. Ces douleurs de ventre sont loin d'occuper primitivement ou exclusivement la région hypogastrique. C'est tantôt l'hypochondre gauche, tantôt le

droit qui en est plus particulièrement atteint; tantôt l'une des deux régions iliaques ou l'hypogastre. Rarement, et nous insistons sur ce point, les malades ont éprouvé des douleurs lombaires; une ou deux seulement en ont acccusé. Les douleurs sont en général obscures, quelquefois gravatives; elles augmentent sensiblement par la pression, par la marche, qui détermine, encore vers la fin de la maladie, une sensation de pesanteur très-pénible dans le bassin. Dans la métrite aiguë, au début, les douleurs sont parfois vives; dans la métrite subaiguë, elles sont au contraire peu intenses; la pression de l'hypogastre est même quelquefois peu douloureuse.

La palpation de la région hypogastrique fait reconnaître, le plus souvent, *une tumeur* qu'à sa disposition globuleuse ou plutôt piriforme, à son siége, à sa sensibilité, très-vive dans la métrite aiguë, et à l'aide d'ailleurs du toucher, il est aisé de reconnaître comme étant constituée par l'utérus.

Suivant le degré d'intensité de l'affection, suivant l'époque de l'invasion, et enfin selon la durée antérieure de la maladie, cette tumeur varie singulièrement de volume: c'est ainsi que nous l'avons trouvée haute de 15 centim. au-dessus du pubis, dans un cas de métrite aiguë, le 2e jour de l'accouchement. Le 5e et le 7e jour, nous l'avons vue s'élever jusqu'à 10 centim. du pubis; à 8, le 10e jour, dans des cas de métrite subaiguë. Chez une malade atteinte d'une métrite apyrétique, de forme chronique, la matrice ne remonte qu'à 5 centim. le 9e jour; dans un cas de récidive, elle s'éleve encore à 8 le 27e jour. Mais le volume anormal de la matrice ne dépend pas seulement de l'arrêt du retrait régulier : l'inflammation produit à son tour une augmentation de volume, et dans le cas où l'utérus fait encore saillie à l'hypogastre, on voit la tumeur graduellement augmenter sous l'influence de la métrite.

Ainsi, dans la 9e observation, nous avons vu, pendant le développement d'un phlegmon iliaque, la tumeur hypogastrique s'élever de 2 centim. au-dessus de la première limite; dans la

meur est formée par la matrice. Dans un cas de phlegmon iliaque, ce déplacement en masse indique que le phlegmon a des connexions intimes avec l'utérus, qu'il fait pour ainsi dire corps avec lui, comme dans notre 6e observation.

Un phénomène intéressant à étudier dans la métrite des nouvelles accouchées, c'est la nature de l'*écoulement lochial*; rien de plus varié que les qualités qu'il nous a offertes.

Dans les deux premières observations de métrite aiguë avec fièvre, nous voyons les lochies persister malgré une ou plusieurs saignées. Dans la 3e observation, après une seule soustraction de sang, elles s'arrêtent pour ne reparaître que quelques jours après. Dans l'obs. 6, elles se suppriment le 4e jour, pour ne revenir qu'après le 20e. Dans l'obs. 7, elles s'arrêtent le 8e jour, et ne reparaissent plus.

Ce qui est plus constant, ce que nous avons assez souvent observé, c'est la *nature sanguinolente* de l'écoulement lochial, persistant, augmentant même après la première semaine (obs. 3 et 7); s'il était supprimé, cet écoulement reparaît sanguinolent, au lieu de blanchâtre qu'il était (obs. 5 et 10). Dans la métrite puerpérale aiguë de caractère grave, en général, on le sait, les lochies se suppriment; fait intéressant à rapprocher de celui que nous offre la métrite idiopathique, lorsque l'inflammation n'existe pas à un haut degré: je veux parler de la persistance ou même du retour de l'écoulement sanguinolent. Du reste, nous ne l'avons jamais vu très-tenace, sauf dans un cas; et généralement le repos au lit a suffi en peu de jours pour le faire cesser.

Du côté de l'appareil digestif, nous n'avons pas trouvé de trouble bien marqué. Ordinairement, les malades sont constipées, comme elles le sont fréquemment dans les premiers temps qui suivent la délivrance. Deux seulement ont été atteintes de diarrhée, mais à une époque déjà éloignée de leurs couches. En général, dans les formes subaiguë et chronique de la maladie, l'appétit est conservé.

Relativement à l'émission de l'urine, nous n'avons point observé le phénomène signalé par Dugès, par M. Chomel et par la plupart des auteurs qui ont traité de la métrite : savoir, que ce liquide est rendu fréquemment, en petite quantité à la fois, et avec souffrance pour la malade. Une seule nous a dit avoir uriné au début plus fréquemment que de coutume ; l'émission de l'urine était, chez quelques-unes, plus rare que d'habitude, normale chez la plupart. Quant à ses caractères, ce liquide, généralement d'un jaune citrin, limpide, était rougeâtre chez deux nouvelles accouchées, parce qu'il était mêlé d'un peu de sang fourni par l'utérus. Cette exhalation ayant cessé, l'urine reprit sa coloration normale.

Enfin, quelques malades ont accusé de la céphalalgie, phénomène sympathique déjà noté comme accompagnant parfois la métrite.

Aucune n'a présenté de symptôme morbide du côté des mamelles, et, malgré la relation intime de ces organes avec l'utérus, aucun retentissement inflammatoire ou nerveux n'y à éclaté à la suite de la métrite.

Complications. — Il n'entre pas dans notre plan de nous occuper ici spécialement des *phlegmons iliaques*, affection sur laquelle l'attention semble se fixer d'une manière toute particulière depuis quelques années (voy. Dance, *Répert. de Breschet;* Grisolle, *Arch. génér. de méd.*, 3e série, t. III; Jos. Bell, *Gaz. méd. de Paris,* 1846, p. 548).

Berndt, d'Erlangen, a aussi consacré un article aux abcès du bassin, dans son *Traité sur les maladies des femmes en couches* (*Krankheiten der Woechnerinnen;* Erlangen, 1846).

Nous nous bornerons à quelques remarques applicables aux faits qui ont passé sous nos yeux.

Si nous recherchons à quelle cause on peut rattacher le développement du travail phlegmasique dans le tissu cellulaire voisin de l'utérus, nous n'arrivons à aucune conclusion géné-

rale. Du moins, ne voyons-nous pas quelle influence spéciale on peut invoquer pour expliquer dans un cas la propagation de l'inflammation, qui n'arrive pas dans l'autre. Une fois, nous avons rencontré une déchirure profonde du col de l'utérus (obs. 9); mais, dans trois cas, cette lésion a été constatée par nous, sans amener une aussi fâcheuse complication. Une fois nous avons trouvé, comme causes d'inflammation du tissu cellulaire pelvien, des manœuvres prolongées pendant le travail, la sortie prématurée de l'hospice (voy. obs. 6). Mais dans la 4e et dans la 8e observation, quelle cause invoquer?

Quant aux symptômes, ils sont très-variables, ainsi qu'on l'a pu voir par les seuls exemples que nous avons rapportés. Tantôt, en effet, c'est un simple engorgement des tissus qui commence sur l'un des côtés de l'utérus, et se prolonge dans la direction de la fosse iliaque (obs. 8); tantôt c'est une masse indurée, située dans la région iléo-inguinale, de volume variable depuis celui d'une noix jusqu'à celui du poing ou même des deux poings, comme dans notre 6e observation. Dans certains cas, la tumeur est bien circonscrite, indépendante de la tumeur hypogastrique (obs. 9); d'autres fois, au contraire, elle se confond avec cette dernière, de telle sorte qu'il est impossible d'établir une ligne de démarcation entre les deux tumeurs. Dans ce cas, le tissu cellulaire intermédiaire, celui qui double le ligament large, a pris part à l'inflammation, ainsi que nous le voyons dans la 4e et la 6e observation. Enfin, le phlegmon est simple ou double (obs. 6).

Remarquons encore, et cette observation coïncide avec celles de tous les auteurs, que ces phlegmons pelviens occupent tous le côté droit. Dans le dernier cas, où la tumeur est double, à droite elle est beaucoup plus considérable qu'à gauche.

Nous ne dirons rien ici de la marche et des divers modes de terminaison de ces phlegmons. On a vu que, dans trois de

nos observations, la résolution n'a pas tardé à se faire, grâce sans doute au traitement actif employé, et au moment où la 6e observation a été interrompue, déjà la vaste tumeur constatée chez cette malade entrait aussi en voie de résolution.

Marche. — La marche de la métrite franche des nouvelles accouchées est en général des plus simples. Sans doute, nous ne pouvons pas la considérer abstraction faite du traitement employé, et qui a consisté pour toutes les malades dans l'usage d'une ou de plusieurs saignées. Voici ce que nous avons observé: les émissions sanguines font rapidement disparaître la fièvre lorsqu'elle existe, et calment les douleurs (obs. 1, 2 et 3); puis celles-ci cèdent à leur tour. Reste l'intumescence, et c'est avec une rapidité bien variable que l'utérus se dégorge. En général, la déplétion est d'autant plus prompte que l'inflammation était plus aiguë, et qu'elle avait éclaté à une époque plus rapprochée de l'accouchement.

Peu à peu la matrice perd de son volume; les lochies, de sanguinolentes qu'elles étaient dans quelques cas, redeviennent blanchâtres; les phénomènes généraux, faiblesse, céphalalgie, constipation, se dissipent, et ordinairement, trois semaines ou un mois après l'accouchement, les malades peuvent reprendre leurs occupations.

Diagnostic. — En général, la métrite puerpérale idiopathique ne présente pas de grandes difficultés pour le diagnostic. S'agit-il de la forme aiguë, de la *métrite avec fièvre*, la circonstance d'un accouchement récent, les douleurs plus ou moins aiguës dans le bas-ventre, accompagnées de fièvre; la tumeur plus ou moins considérable que l'utérus forme encore dans le bassin; la sensibilité vive, la disposition ovoïde ou piriforme, la matité que présente cette tumeur, l'écoulement sanguinolent qui se fait par le vagin, l'état de dilatation plus ou moins grande de l'orifice utérin, et enfin le déplace-

ment produit par le doigt porté dans le vagin : tous ces signes ne permettent pas de méconnaître la métrite.

S'il y avait simple *rétention des lochies* ou *de sang épanché dans la cavité utérine*, les tranchées pourraient bien exister avec le volume considérable de la matrice et la fréquence du pouls ; mais il y aurait absence de tout écoulement lochial, circonstance qui, à une époque si voisine de la délivrance, mettrait immédiatement sur la voie du phénomène anormal. Pour l'épanchement de sang, on aurait les signes généraux d'une hémorrhagie interne. Dans l'un et l'autre cas, l'orifice ne serait point *dilaté*, comme il l'est dans les premiers temps qui suivent l'accouchement.

Quant à l'*inertie* de la matrice après la délivrance, état qui pourrait s'opposer au retrait régulier de l'organe, elle paraît être un fait rare, dépendant de conditions particulières, et qui a été peu étudié. Mais les douleurs vives de la métrite aiguë feraient défaut précisément à cause de ce manque de stimulation ou d'excitabilité des fibres utérines ; il n'y aurait point de fièvre inflammatoire ; la tension, la sensibilité exagérée des parois abdominales et de la tumeur elle-même manqueraient également.

Nous ne nous arrêterons ni au diagnostic de la *péritonite*, qui a ses symptômes si tranchés, sensibilité extrême de l'abdomen, ballonnement, vomissement ou nausées, pouls petit, fréquent et serré, etc., ni à celui de la *cystite*, dans laquelle la plupart des symptômes précédemment énoncés, ceux que donnent l'exploration du col et de l'écoulement lochial, feraient défaut. Cette maladie se traduirait d'ailleurs par ses signes propres, qui manquent, ainsi que nous l'avons vu, dans toutes nos observations.

J'arrive au diagnostic des cas de métrite de la seconde et de la troisième série, où il y a tumeur hypogastrique sans fièvre.

La *rétention d'urine*, formant à l'hypogastre une tumeur

plus ou moins volumineuse, ne pourra en imposer qu'un seul instant pour une métrite. En effet, la tumeur, dont la figure est plutôt ovoïde que piriforme et à grosse extrémité supérieure comme dans la métrite, est aussi plus superficielle. La matité est absolue, tandis que dans le cas de retrait incomplet de l'utérus, on rencontre souvent, à une percussion légère, une sonorité qui indique la présence de l'intestin au devant de la tumeur : ce n'est qu'à une percussion pratiquée avec force que l'on trouve de la matité. En outre, le cathétérisme vide et fait disparaître instantanément la tumeur. Le soulèvement ne pourrait pas être obtenu, etc.

Mais d'*autres tumeurs* peuvent exister formées également par la matrice, indépendamment de la tuméfaction puerpérale.

Celles qui seraient constituées par des polypes, des corps fibreux et différentes dégénérescences, ne sauraient en imposer pour une métrite. Si l'utérus est assez développé pour remonter jusqu'à l'hypogastre, le col est en général entr'ouvert, et souvent dans ce cas la tumeur hétérogène fait saillie hors de l'orifice utérin. L'écoulement de sang, s'il a lieu, constitue de véritables pertes; il est alors intermittent et non point continu, comme l'écoulement lochial, lequel est d'ailleurs rarement formé par du sang presque pur, si ce n'est immédiatement après l'accouchement, quand la méprise n'est pas possible. Les tumeurs cancéreuses se reconnaissent par des signes propres, par les bosselures que l'on perçoit soit à la palpation hypogastrique, soit au toucher, et ne présentent point cette forme égale, cette surface unie de l'utérus qui n'a point subi son retrait après l'accouchement.

Pour les *tumeurs indépendantes* de la matrice, on les reconnaîtrait à l'impossibilité d'exercer le soulèvement, à l'état normal du col, à l'absence d'écoulement lochial, etc.

Le diagnostic des cas de métrite de la dernière série, où la tumeur hypogastrique fait défaut, pourrait être parfois plus embarrassant. Les douleurs vives qui ont eu lieu peu de tem-

après l'accouchement et qui durent encore, l'état anormal du col (comme dans notre 10e obs.), l'écoulement morbide plus ou moins sanguinolent qui se fait par le vagin, ne peuvent laisser de doute sur l'existence d'une inflammation de l'utérus. La fièvre peut manquer, mais nous avons vu, dans les cas de métrite aiguë, combien ce symptôme disparaît promptement; de telle sorte que l'on ne peut arguer de son absence, au moment où l'on examine la malade.

Dans le cas d'une *congestion utérine* à la suite de l'accouchement, les symptômes morbides que l'on pourrait observer ne persisteraient pas au delà de quelques jours tout au plus; ils n'auraient pas été précédés de douleurs aiguës, etc.

Une *névralgie utérine* (hystéralgie) ne déterminerait point d'écoulement morbide; le col serait à l'état normal. Les douleurs elles-mêmes auraient un caractère particulier: elles seraient vagues, intermittentes, ou du moins très-variables dans leur intensité.

Nous n'avons point parlé encore des *adhérences morbides* qui peuvent exister et empêcher le retrait normal de la matrice; mais les douleurs de l'inflammation utérine manqueraient: on connaîtrait en général les circonstances où ces adhérences auraient pu se produire; parfois on pourrait les apprécier directement, soit par la palpation hypogastrique, soit par le toucher vaginal. L'utérus ainsi fixé aurait perdu sa mobilité normale, et au lieu de celle que lui imprime l'impulsion du doigt, il y aurait plus ou moins de rigidité et de fixité du col et de toute la tumeur.

Quant au diagnostic des *phlegmons pelviens*, il n'offre également, dans la plupart des cas, que peu de difficulté. La circonstance d'un accouchement récent, le retrait en général incomplet de l'utérus, la présence dans l'une des régions iliaques, plus souvent à droite, quelquefois des deux côtés, d'une tumeur ordinairement mal circonscrite, profonde, mate à la percussion, avec empâtement de la région et sensi-

bilité vive à une pression même légère; tous ces signes réunis ne peuvent laisser de doute sur la nature de la tumeur. Sans doute, il reste une question de diagnostic spécial à élucider sur le siége précis, sur l'étendue réelle de la tumeur, sur les organes qui entrent comme éléments dans sa composition. Le siége de l'induration, commençant quelquefois sur l'un des côtés mêmes de l'utérus, permettra de prononcer qu'elle s'est développée dans le ligament large (voy. obs. 8). Y a-t-il interruption manifeste entre la tumeur située dans la fosse iliaque et la tumeur hypogastrique (obs. 9) : le phlegmon a son siége dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque. Au reste, la solution précise de cette question n'a qu'une faible importance relativement à la méthode thérapeutique qu'il convient d'employer.

Pronostic.—On l'a vu par nos observations, la terminaison de la métrite franche des nouvelles accouchées est généralement favorable. Si la maladie est abandonnée à elle-même, si, après quelques jours seulement de repos, la nouvelle accouchée retourne à ses travaux, malgré les douleurs qu'elle ressent, la durée de l'affection augmentera sans que le pronostic prenne néanmoins plus de gravité. J'insisterai seulement sur ce point : quand on aura constaté l'existence d'une lésion profonde du col utérin, on devra être plus réservé dans son jugement, et plus sévère dans les recommandations hygiéniques à adresser aux nouvelles accouchées.

La *complication* de phlegmon iliaque, bien que fâcheuse, ne rend pas nécessairement le pronostic plus défavorable, à condition que l'on emploiera avec activité le traitement que nous allons indiquer. Dans ce cas, à moins de phlegmon ancien et considérable, la guérison pourra même s'obtenir assez rapidement. L'issue pourrait devenir funeste, si la maladie n'était pas convenablement traitée ou entreprise à temps.

Traitement.—Le traitement préventif de la métrite puerpérale idiopathique et des phlegmons pelviens repose sur d-

principes si simples que je me bornerai à les indiquer. Lorsqu'à la suite d'un accouchement, il survient de vives tranchées, ou que l'on constate l'existence d'une déchirure profonde du col de l'utérus, il faut faire garder aux nouvelles accouchées un repos suffisamment prolongé, les empêcher de sortir prématurément de leur lit et de reprendre leurs travaux.

Le *traitement curatif* de la métrite idiopathique aiguë est celui des inflammations *franches* : pratiquez une ou plusieurs saignées générales, vous guidant sur l'état du pouls et sur la persistance ou la cessation des douleurs. Les applications de cataplasmes de farine de graine de lin sur le ventre; les lavements émollients, qui auront le double avantage de débarrasser le gros intestin souvent obstrué, et d'agir d'une manière sédative sur les organes pelviens; la limonade pour boisson, la diète : tels sont les moyens bien simples dont on doit faire usage.

S'agit-il d'une métrite subaiguë, apyrétique; la tumeur utérine est-elle peu développée, peu ou pas sensible à la pression : on peut se dispenser des émissions sanguines. La 7ᵉ et la 8ᵉ observation prouvent que la guérison ne s'en obtient pas moins, en se bornant aux applications émollientes, au régime antiphlogistique, et surtout au repos du lit, pratique dont nous avons pu apprécier les effets, sinon toujours prompts, du moins certains. La même recommandation s'applique aux cas de métrite sans tumeur à l'hypogastre. On aura soin d'entretenir toujours la liberté du ventre; la constipation habituelle sera avantageusement combattue par l'emploi de quelques purgatifs.

Quant au *traitement des phlegmons pelviens*, il mérite toute l'attention des praticiens, et nous ne doutons pas que si l'on employait plus généralement celui que nous avons vu mettre en usage par M. Rayer, et qui réussit dans la grande majorité des cas, on verrait moins souvent ces phlegmons se

terminer par la suppuration et entraîner ainsi des accidents très-graves et même la mort.

M. Rayer commence par faire pratiquer une saignée générale, pour peu qu'il y ait de réaction fébrile, et concurremment il ordonne l'application d'un large vésicatoire volant sur la région douloureuse. Si la fièvre persiste, il renouvelle la saignée, et dès que le vésicatoire est sec, il en fait poser un nouveau, et ainsi de suite, on couvre tout le bas-ventre de vésicatoires appliqués coup sur coup. On administre aussi quelques purgatifs, surtout quand il y a constipation. A l'aide de ce traitement on a vu, par exemple dans la 9e observation, un phlegmon iliaque, déclaré le 11e jour des couches, guérir en moins de douze jours, en même temps que la métrite. L'utérus, qui avait d'abord un peu augmenté de volume, subit dans l'espace de deux jours une diminution de 7 centim. dans son diamètre vertical, et revint promptement au volume normal. Nous avons vu plusieurs cas semblables de *résolution* tout aussi prompte de ces phlegmons, dont la suppuration, si on ne parvient à l'éviter, est souvent si fâcheuse.

Ce travail étant basé sur les observations que nous avons recueillies, et aucun cas de métrite franche à la suite de l'accouchement ne s'étant terminé par la mort, nous ne dirons rien des *caractères anatomiques* de cette affection.

En résumé, on peut déduire des observations et des remarques précédentes les propositions suivantes :

1° On observe chez les nouvelles accouchées une espèce de *métrite* qui, par sa marche, ses symptômes et une moindre gravité relative, doit être rapprochée des inflammations franches et distinguée des autres métrites puerpérales, ordinairement très-graves et qui se terminent si souvent par suppuration, ramollissement, gangrène (métrite pyogénique, gangréneuse, etc.).

2° Les causes les plus fréquentes de cette espèce de métrite

paraissent être : l'excitation locale produite par un premier accouchement, la *déchirure profonde du col utérin*, la marche, la fatigue peu de temps après la parturition.

3° Le ralentissement du retrait de l'utérus avec induration partielle des parois de cet organe, les lochies anormales, sont les symptômes locaux les plus constants de cette espèce d'inflammation; la douleur et la fièvre n'ont souvent lieu qu'au début ou lorsque l'inflammation est intense.

4° Cette métrite franche, survenant parfois quelques heures après l'accouchement, dépendant, dans certains cas, d'une irritation de l'utérus pendant la parturition, ne peut être considérée comme un accident arrivant toujours après l'époque dite puerpérale, époque dont le terme n'est d'ailleurs pas rigoureusement fixé.

5° Un volume anormal de l'utérus étant un phénomène local important pour le diagnostic de la maladie, cette circonstance suppose une appréciation de la marche du retrait normal de la matrice, connaissance qui aujourd'hui n'est nullement établie. Aussi le diagnostic serait-il douteux, si d'autres phénomènes ne venaient l'éclairer.

6° Le pronostic de la métrite puerpérale franche est beaucoup moins grave que celui des autres métrites puerpérales. La mort serait ici l'exception, tandis que la guérison est au contraire très-rare dans ces dernières.

7° Le traitement dit antiphlogistique est éminemment applicable à cette espèce particulière de métrite, comme à toutes les inflammations franches; et l'on sait combien il échoue souvent dans la métrite pyogénique, ainsi que dans toutes les affections générales qui rentrent dans la classe des fièvres puerpérales. Le même traitement, et surtout l'emploi de vésicatoires volants appliqués coup sur coup, convient particulièrement aux phlegmons iliaques dont cette forme de métrite est fréquemment compliquée.

DE L'ÉRYSIPÈLE DANS LA CONVALESCENCE OU LA PÉRIODE ULTIME DES MALADIES GRAVES;

Par M. HERVIEUX, *interne des hôpitaux de Paris.*

L'importance du rôle que joue l'érysipèle dans la convalescence ou dans la période ultime des fièvres graves recommande, d'une manière toute particulière, à l'attention des praticiens l'étude que nous allons faire de cette dangereuse complication, d'après quelques observations recueillies dans le service de M. Rayer. Ces observations, qui sont au nombre de quatre, ne sont pas les seules qui aient servi de base à notre travail; celles, au nombre de neuf, que M. Louis a rapportées dans son *Traité de la fièvre typhoïde*, ont grossi la source où nous avons puisé nos documents, et nous permettent de construire aujourd'hui avec une certaine solidité l'histoire de cette phlegmasie, en tant que maladie intercurrente, épiphénomène de la convalescence.

Dans cette affection, comme dans bien d'autres, l'étiologie reste la partie la plus obscure, la moins accessible à notre investigation. Nous ne savons pas, nous n'avons pas su, dans la plupart des cas, sous quelle influence, par quel concours de circonstances se manifestait l'érysipèle; et encore moins pourquoi il affectait telle ou telle forme, pourquoi il se fixait sur telle ou telle partie du corps. M. Louis dit bien avoir vu survenir l'exanthème, dans quelques cas, à l'occasion d'une saignée; dans un seul, à propos d'un vésicatoire, dans un autre, par suite du décubitus prolongé sur une partie du corps. Mais il n'admet qu'avec une sorte de répugnance ces causes mécaniques, en tant que causes occasionnelles. Il se demande alors pourquoi les parties affectées ne sont presque jamais celles qui ont été soumises à des frottements ou à des irrita-

tions mécaniques ; pourquoi, chez le même individu, l'application d'un vésicatoire sur chaque cuisse n'a-t-elle donné lieu qu'à un érysipèle; pourquoi l'érysipèle se fixait-il plutôt sur la face en certains cas qu'aux environs de la plaie d'une saignée, d'une eschare, etc.? Pourquoi les boutons de variole ne sont pas plus souvent des causes d'érysipèle ; pourquoi sur 12 variolés il n'a noté l'érysipèle qu'une fois? Quant à nous, il ne nous a été possible d'apprécier bien manifestement la cause de l'érysipèle qu'une seule fois : c'était chez un de nos malades convalescent d'une fièvre typhoïde très-grave. Cette cause résidait dans un excès d'alimentation. Le malade dont il s'agit, trompant la surveillance des sœurs et des infirmiers, avait réussi plusieurs fois à se procurer de la nourriture, soit par la complaisance de ses voisins, soit par celle des personnes du dehors qui venaient le visiter. Ces écarts de régime déterminèrent deux fois la réapparition de la diarrhée et l'explosion d'un érysipèle. Il n'en fallait par tant pour entraîner la terminaison funeste qui suivit de près cette déplorable imprudence. Dans cette circonstance, mais dans cette circonstance seulement, nous pûmes apprécier la cause occasionnelle de la maladie. Quant aux causes prédisposantes, elles sont trop fugitives, trop problématiques, pour fixer longtemps notre attention.

De nos quatre malades, trois appartenaient au sexe masculin. La femme était blonde et d'un tempérament éminemment lymphatique ; les hommes, au contraire, étaient tous d'un châtain plus ou moins foncé, et d'un tempérament lymphatico-sanguin. L'un d'entre eux avait 47 ans, les deux autres, 22 ; la femme, 24 ans. Je notai l'apparition des érysipèles, pour l'un en janvier, pour un autre en février, pour les deux derniers en mars. On voit par ce seul exposé qu'il est très-difficile de faire équitablement la part de chacune de ces causes, et que les diverses circonstances que je viens de mentionner peuvent, à la rigueur, avoir été parfaitement étran-

gères à la production de l'érysipèle. Il n'en
l'état morbide que cette affection est ven
débilitation extrême dans laquelle avaient é
malades convalescents de fièvre typhoïde d
comme ayant joué le premier rôle parmi l
santes. J'en dirai tout autant de l'état o
deux autres, consécutivement à une pneu
chez l'un, de symptômes typhoïdes et adyn
tre, de phthisie pulmonaire. Il est plus que
la préexistence de ces diverses affections
pas survenu; pas plus que sans l'appariti
scarlatine, on ne verrait, chez certains i
fester l'hydropisie, indépendamment de l'
culière qu'ont pu exercer d'une part la f
l'autre, la pneumonie. On peut dire enco
épuisé par la lutte qu'il vient de soutenir
grave, est privé de sa force primitive de
des causes pathogéniques, et est livré, p
armé à toutes les influences morbifique
l'homme, même à l'état de santé. C'est p
valescence est toujours un état grave et
leux que l'affection préexistante a offert
péril et de gravité.

Les mêmes réflexions sont applicables a
pèle que M. Louis a rencontrés dans la c
dernière période des fièvres typhoïdes, à
quatre, qu'il a notés chez des pneumon
a observé chez un varioleux, à ceux enfin
une fois dans le cours d'un rhumatisme ar
fois dans la convalescence d'une angine g

Considéré sous le rapport de son siége,
vient dans la convalescence des fièvres g
présenté, comparé à l'érysipèle ordinaire

tables. La face et le cuir chevelu ont été, comme il arrive presque toujours, le siége de prédilection de l'érysipèle.

Les autres parties sur lesquelles s'est fixée la phlegmasie ont été, par ordre de fréquence, d'après les observations de M. Louis, les bras, le tronc et les genoux. Le résultat de nos observations concorde parfaitement avec les résultats obtenus par l'habile médecin que je viens de citer. Ainsi que lui, j'ai noté comme le plus fréquent (trois fois sur quatre) l'érysipèle de la face; mais, chez aucun des malades qui en étaient atteints, il n'est resté limité à cette partie du corps. Chez l'un, il s'étendit de la moitié droite de la face à tout le cuir chevelu, puis à la moitié gauche de la face, suspendant un instant sa marche pour descendre le long de la partie antérieure du cou, sur la partie correspondante du thorax, qu'il envahit bientôt dans sa totalité. Chez un autre, il occupait simultanément la face et le genou droit, s'éteignit rapidement sur cette dernière partie du membre inférieur, mais en revanche gagna de proche en proche toute la tête et le cou. Un troisième nous offrit l'exemple d'un érysipèle limité à la moitié latérale droite du cou, mais s'étendant à la partie antérieure de la moitié correspondante de la poitrine, sur laquelle il venait expirer. Enfin, le quatrième occupa successivement la face, le cou et le thorax. Ainsi, la face, le cuir chevelu, le cou, le thorax et le membre inférieur: tel a été, par ordre de fréquence, le siége qu'a affecté l'érysipèle dans les cas que nous avons observés. C'est, comme on le voit, non-seulement le même ordre qu'a noté M. Louis dans des cas analogues, mais encore celui qu'ont signalé tous les auteurs dans les cas d'érysipèles simples.

Nous n'avons à signaler que deux variétés de formes pour l'érysipèle qui survient dans la convalescence ou sur la fin des maladies graves : l'une, de beaucoup la plus commune, la forme serpigineuse; l'autre, que nous n'avons trouvée que

deux fois, en y comprenant les observations de M. Louis, la forme ambulante.

Dans aucun cas, nous n'avons observé la forme phlegmoneuse. M. Louis a cependant noté que, chez six sujets atteints de fièvre typhoïde, ceux qui périrent, l'inflammation se propagea rapidement au tissu cellulaire sous-cutané; mais il ne parle pas de ces suppurations étendues, de ces fusées purulentes, de ces décollements de la peau, en un mot, de tous les phénomènes locaux si graves qui constituent le phlegmon diffus. Pour nous, nous ne les avons pas rencontrés une seule fois, et nous ne doutons pas un instant que si de pareils désordres avaient eu lieu chez les malades de M. Louis, un observateur aussi consciencieux n'aurait pas manqué de les mentionner. Aussi croyons-nous devoir exclure complétement des cas qu'il a rapportés la variété connue sous le nom d'*érysipèle phlegmoneux*.

Envisagés dans leur ensemble et abstraction faite de l'état général et de la disposition intérieure qui les produit, les phénomènes locaux n'acquièrent jamais ce degré d'intensité, ne se présentent jamais sous la forme grave et avec les caractères alarmants qu'on observe souvent dans les érysipèles ordinaires, quand l'économie n'est pas sous l'influence d'une maladie grave antérieure; souvent même quelques-uns de ces symptômes locaux peuvent manquer, comme on le verra pour l'examen que nous allons faire de chacun d'eux.

Ainsi la rougeur, ce symptôme presque pathognomonique de l'érysipèle, celui qui, dans l'immense majorité des cas, fixe le premier les regards du médecin et lui permet de nommer immédiatement la maladie, a manqué chez deux de nos malades, ceux chez lesquels l'affection préexistante était une pneumonie. Les téguments étaient d'une pâleur complétement mate dans toute la surface occupée par l'exanthème, excepté à la circonférence, du côté où avait lieu la progression de la phlegmasie. Sur ces points seulement, on pouvait, avec une cer-

faible, qu'elle eût infailliblement échappé à notre examen, si la tuméfaction des parties ne nous eût pas fait tout d'abord songer à un érysipèle. Chez l'homme atteint d'affection typhoïde, la coloration rouge existait, mais encore avec une médiocre intensité : c'était plutôt une légère teinte rose qu'une rougeur franche; elle était beaucoup plus prononcée chez la femme qui succomba dans la convalescence d'une fièvre grave.

La tuméfaction a été, comme la rougeur, d'une intensité généralement médiocre. Dans aucun cas, nous n'avons observé ces gonflements monstrueux de la face qui accompagnent généralement l'érysipèle de cette région; une fois même, la tuméfaction n'était, je ne dirai pas apparente, mais sensible, qu'aux limites mêmes de l'érysipèle. En d'autres cas cependant, elle nous a servi, comme nous l'avons dit plus haut, en l'absence de la rougeur, à diagnostiquer cette phlegmasie. Mais, encore une fois, là où ce signe apparaissait de la manière la plus évidente, il était bien loin encore des limites dans lesquelles le gonflement des parties s'accompagne de ces déformations hideuses qui donnent à la région malade un aspect repoussant.

L'élévation de la température et la douleur n'ont pas été, plus que les signes précités, des phénomènes constants, et dans les cas où nous les avons notés, ils n'apparaissent point avec ce degré d'intensité qu'on observe dans la plupart des érysipèles. La main, qui est bien le plus sensible de tous les instruments, quand il s'agit d'apprécier la température des diverses parties du corps, ne nous permit pas toujours de reconnaître une différence, même légère, entre la région affectée et les régions voisines. Deux fois seulement, la douleur a existé d'une manière bien manifeste. Dans les deux autres cas, les malades se plaignaient plutôt d'une gêne, d'un engourdissement au niveau de l'érysipèle.

senté ce phénomène de la douleur d'une manière incontestable ont comparé leur sensation à celle qui résulte de la présence d'un rhumatisme, c'est-à-dire à une souffrance obtuse, sourde, gravative; ils repoussaient, comme éloignée de la vérité, l'idée de ces douleurs brûlantes, de ces élancemens intolérables, qui s'associent presque toujours aux autres symptômes locaux de l'érysipèle.

Si, à l'examen de ces divers signes, on ajoute l'absence dans tous les cas, un seul excepté, de phlyctènes et de bulles, si l'on considère que l'engorgement des ganglions correspondants était à peine sensible dans les cas où l'intensité de l'érysipèle était la plus grande, qu'il était nul dans les autres, on se convaincra sans peine de l'exactitude de la proposition que nous voulions établir, savoir : que les phénomènes locaux, dans l'érysipèle de la convalescence ou de la dernière période des maladies graves, n'acquièrent presque jamais une intensité alarmante, et qu'ils peuvent être considérés comme la manifestation symptomatique la moins importante de cette dangereuse complication.

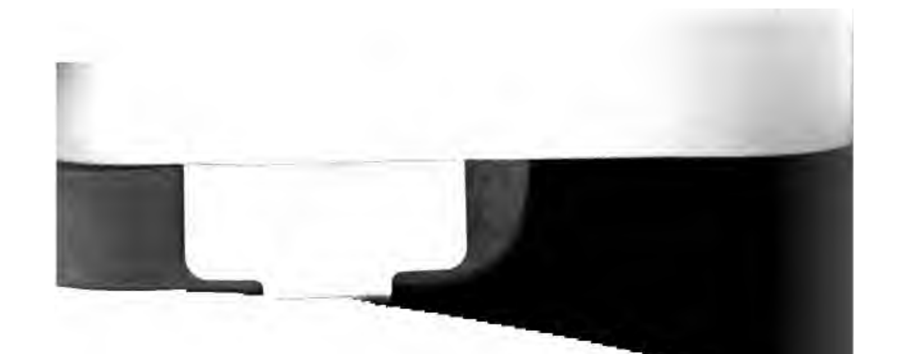
Les phénomènes locaux ayant une signification presque nulle dans la maladie que nous étudions et qu'ils traduisent à nos regards, on supposera peut-être que leur peu d'intensité est balancée par une exagération, une prépondérance marquée des symptômes généraux qui accompagnent l'érysipèle : il n'en est rien.

Les phénomènes généraux auxquels l'érysipèle donne lieu, et qu'il ne faut pas confondre avec l'état général, lequel engendre la phlegmasie et n'en est point engendré, ces phénomènes généraux sont exactement en rapport dans leur intensité avec l'intensité des phénomènes locaux, c'est-à-dire qu'ils n'acquièrent jamais ce degré de violence particulier aux érysipèles graves qui surviennent dans l'état de santé. En d'autres termes, les érysipèles de la convalescence ou de la



de vives réactions sympathiques auxquelles on puisse attribuer la terminaison funeste qu'on observe presque toujours en pareil cas. Passons en revue les divers accidents généraux qui résultent habituellement, chez les individus d'ailleurs bien portants, de l'apparition d'un érysipèle. Ces accidents sont, comme on le sait, un appareil fébrile plus ou moins intense, l'embarras des voies digestives, des vomissements, de la céphalalgie, de l'insomnie et souvent du délire. Chez deux de nos malades, les deux pneumoniques, nous n'eûmes à noter aucun de ces symptômes. L'homme convalescent de fièvre typhoïde n'offrit aucun appareil fébrile appréciable; il ne se plaignit que d'une céphalalgie assez intense. On se rappelle que, chez lui, l'érysipèle apparut avec le dévoiement, qui persista jusqu'à la fin. Chez la femme, affectée de la même maladie, il y eut, au contraire, un appareil fébrile intense, un délire prolongé, des vomissements, de la céphalalgie aussi, mais pas de diarrhée. Sur les neuf malades qu'il a observés, M. Louis a noté seulement une fois l'accélération du pouls, une autre fois des frissons, une autre fois le délire. On voit qu'à part la femme dont nous venons de parler, tous les malades de M. Louis et les nôtres ont présenté des symptômes généraux peu formidables, quand ils en ont présenté, ce qu'on peut considérer comme l'exception. Encore une fois, il ne faut pas conclure de l'absence ou de la nullité des symptômes généraux réactionnels à l'état général, parce que ceux-là n'existaient pas ou n'offraient qu'une médiocre intensité; celui-ci n'en était pas moins grave, celui-ci était la cause génératrice de l'exanthème, ceux-là étaient la conséquence de son apparition.

Le début de l'érysipèle s'annonça une fois par la douleur, une autre fois par la tuméfaction, dans les deux autres cas, par la rougeur et la tuméfaction. En aucun cas, l'apparition de l'exanthème ne fut précédée soit de l'engorgement des



de l'état morbide dont l'érysipèle est alors l'expression, on sera, selon nous, fondé à admettre que le début de ces érysipèles, en apparence si bénin, peut être considéré comme insidieux. Leur marche n'a pas un caractère moins tranché et qui les distingue moins essentiellement des érysipèles ordinaire. Nous avons déjà dit plus haut qu'ils affectaient particulièrement les deux formes suivantes : serpigineuse, ambulante ; ce n'est pas tout, leur marche se fait encore remarquer par sa rapidité. M. Louis l'avait déjà observé ; mes observations sur ce point confirment exactement les siennes. Les érysipèles, qui se fixèrent primitivement à la face, se propagèrent dans les vingt-quatre heures au cuir chevelu, et souvent en même temps à la partie antérieure de la poitrine, où ils venaient s'éteindre. Chez la femme convalescente de fièvre typhoïde, l'érysipèle, parti de la face, avait en quarante-huit heures envahi toute la tête, le cou, la partie supérieure du tronc et la plus grande partie du bras gauche. Je ne sache pas beaucoup d'exemples d'une telle rapidité dans la marche des érysipèles. Leur durée fut généralement aussi courte que leur marche avait été rapide. C'était merveille que de voir ces érysipèles, apparaître le matin, arriver le soir à leur summum d'intensité, et s'effacer sans laisser de traces dans la journée du lendemain ; car c'est encore là un de leurs caractères les plus dignes de notre attention que celui du passage de cette phlegmasie sur un point de la surface tégumentaire, sans qu'on observe, après son extinction, ni desquamation ni aucun de ces désordres locaux qui succèdent à la disparition d'un travail inflammatoire. M. Louis dit cependant avoir observé une terminaison par gangrène ; je ne l'ai, pour ma part, vue jamais s'accomplir que par résolution, résolution toujours rapide d'ailleurs, et qui pouvait par sa rapidité même éveiller l'idée d'une métastase.

rien de particulier; seulement l'absence de quelques-uns de leurs caractères habituels pourrait les faire méconnaître en les dérobant aux yeux du praticien. Il suffit, pour comprendre l'exactitude de cette proposition, de se rappeler que la rougeur, ce symptôme important, sinon caractéristique, de l'érysipèle, a manqué chez deux de nos malades; mais alors la tuméfaction et la douleur éclaireraient bien vite le diagnostic, en admettant même qu'on ne découvrît pas, comme nous l'avons fait, un liséré rose aux confins de l'érysipèle. Les névralgies qui s'accompagnent de chaleur, de tuméfaction et de rougeur, pourraient en imposer pour un érysipèle, si la marche serpigineuse de celui-ci ne faisait pas promptement cesser toute espèce de doute. On pourrait également croire, au premier abord, à l'existence d'un rhumatisme, quand il n'existe pas de rougeur, si un examen plus attentif ne permettait pas d'apercevoir la tuméfaction d'un point quelconque de la surface douloureuse. Ici encore, à défaut de la tuméfaction, qui pourrait être difficilement appréciable, la marche toute particulière de la phlegmasie érysipélateuse ferait bientôt reconnaître l'erreur. On voit cependant en somme, et c'est encore là un point qui différencie ces érysipèles d'avec les érysipèles ordinaires, que, par suite de l'absence de quelques-uns des phénomènes locaux, par suite de la rapidité de sa marche, de la promptitude de sa disparition, de son mode habituel de terminaison, qui ne laisse en général aucune trace, l'érysipèle de la convalescence ou de la période ultime des maladies graves est susceptible tantôt d'être méconnu, tantôt même de passer inaperçu.

Nous avons déjà laissé entrevoir, dans les paragraphes précédents, la solution qu'il fallait donner à la question du pronostic. Il est toujours grave; mais ici il faut s'entendre et rechercher où gît la gravité. Est-elle dans l'érysipèle lui-même, ou, si l'on aime mieux, dans les phénomènes soit locaux.

serait-elle dans la disposition intérieure en vertu de laquelle ces phénomènes se manifestent? Si l'on veut bien se rappeler ce que nous avons dit de l'appareil symptomatique des érysipèles en question, on ne tardera pas à reconnaître en quoi consiste dans ces cas la gravité du pronostic. Qu'avons-nous vu, en effet, tant dans les cas analysés par M. Louis que dans les nôtres? des symptômes locaux généralement peu intenses, et qui, tous, considérés indépendamment les uns des autres, étaient susceptibles de faire défaut. Nous avons vu la rougeur manquer ou se montrer si faible et si limitée, qu'il fallait l'attention la plus grande pour la reconnaître. Si la tuméfaction n'a pas manqué, elle a souvent été fort peu sensible, même à la face, où elle acquiert presque toujours un développement effrayant.

La douleur et l'élévation de température ont été plusieurs fois difficilement appréciables. Les phlyctènes, l'engorgement des ganglions voisins, ont été des accidents très-rares. Tous les phénomènes locaux en général étaient si peu prononcés, si peu constants, qu'ils ne peuvent et ne doivent jouer un rôle que très-secondaire dans la prise en considération de la gravité du pronostic. Les phénomènes généraux n'ont pas, sous ce rapport, une plus grande valeur. Dans la majorité des cas, les troubles sympathiques que provoque la présence de l'érysipèle ne sont pas susceptibles d'inspirer des inquiétudes sérieuses. Une fois seulement, nous avons vu le délire éclater avec assez de violence et se prolonger avec assez d'opiniâtreté, pour qu'on pût lui attribuer la terminaison funeste qui suivit son apparition. En somme cependant, si ce ne sont ni les symptômes locaux, ni les symptômes généraux qui sont graves, qu'est-ce qui portera le fardeau de cette gravité du pronostic? Nous l'avons dit, et nous le répétons, c'est l'état général du malade, c'est cette situation particulière qu'entraine l'épuisement produit par une maladie grave antérieure, ou arrivée à sa

ganisme sous l'influence de laquelle se produit une phlegmasie exanthémateuse. Quelle est cette condition de l'organisme? quelles sont les circonstances particulières dont l'existence est nécessaire pour favoriser la naissance et le développement de l'érysipèle? C'est un mystère que je n'ai pas la prétention de pénétrer. Mais il n'en est pas moins vrai que c'est dans ces conditions, dans ces circonstances, et dans l'état général qu'elles déterminent, que réside toute la gravité du pronostic. Un exemple suffira pour éclaircir ma proposition. Lorsque, dans la dernière période d'une fièvre grave, survient une épistaxis ou des hémorrhagies par diverses voies, nous portons un pronostic fâcheux. Or, qu'y a-t-il de fâcheux dans ces accidents? Est-ce l'hémorrhagie en elle-même? est-ce la perte de sang, et par suite l'affaiblissement qui en résultera pour le malade? Il s'en faut de beaucoup; car un grand nombre de praticiens trouveront même là une indication à l'ouverture de la veine. Ce qui est fâcheux, ce n'est pas la soustraction accidentelle d'une plus ou moins grande quantité de sang, ce n'est pas l'atonie, ce n'est pas l'épuisement des forces; c'est la diathèse sous l'empire de laquelle s'est effectué le flux hémorrhagique. Il en est de même de l'érysipèle dans les circonstances où nous supposons qu'a lieu sa production. Sans doute le délire, s'il est violent et s'il se prolonge, sans doute les désordres gastro-intestinaux, les vomissements ou la diarrhée, sans doute encore un redoublement de l'appareil fébrile, pourront participer à l'accélération du terme fatal, et de tels éléments ne sont pas complétement négligeables dans la solution du problème du pronostic; mais je dis, et je crois l'avoir suffisamment démontré, que si les malades n'avaient pas en eux un germe plus sérieux de mort, ils se déroberaient presque constamment au péril qui les menace. La nature de la maladie antérieure, sa durée, les complications plus ou moins graves qu'elle aura pu présenter, l'état d'anémie ou de débilitation



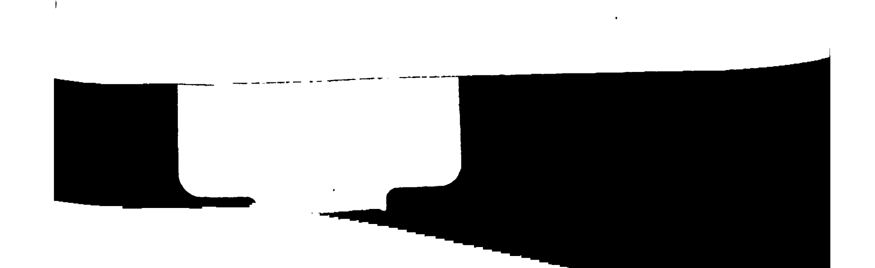
dans lequel pourra se trouver actuellement le sujet : telles sont les circonstances dont s'étayera le médecin pour prononcer sur l'imminence plus ou moins grande du danger. Ce qui prouve d'ailleurs d'une manière incontestable l'innocuité de la phlegmasie incidente en elle-même, c'est que, un seul cas excepté, tous ceux d'entre les malades observés par M. Louis et par nous qui ont péri ont péri un certain temps après la disparition complète des accidents locaux ou généraux déterminés par l'érysipèle. Ainsi, le terme fatal n'est survenu souvent qu'un, deux et même trois septénaires après l'extinction la plus complète de l'exanthème : c'est dire en d'autres termes que l'érysipèle a presque toujours guéri, mais que les malades chez lesquels il s'est manifesté ont presque tous succombé. D'où il résulte que ces sortes d'érysipèles ne sont pas graves, mais qu'ils sont la manifestation symptomatique d'un état grave. Sur nos quatre malades, trois ont péri ; le quatrième est encore dans nos salles, et n'est pas hors de danger. Sur quatre pneumoniques observés par M. Louis, et atteints d'érysipèle, trois ont péri. Sur neuf sujets convalescents de fièvre typhoïde, cités par le même observateur, et frappés aussi d'érysipèle, six ont péri. La variole, le rhumatisme aigu, l'angine pharyngée, compliqués d'érysipèle dont il parle, ont eu une terminaison funeste. Le pronostic de toutes les maladies graves qui compliquent l'érysipèle est donc toujours grave; c'est ce que nous voulions démontrer.

Dans l'anatomie pathologique de l'exanthème que nous étudions, il faut distinguer les lésions locales et les lésions viscérales. L'époque plus ou moins éloignée de la disparition de l'érysipèle à laquelle est survenue la mort ne nous a pas toujours permis, d'une part, de constater les altérations de la surface tégumentaire que la phlegmasie a pu laisser après elle ; d'une autre part, de saisir, au moment de leur apparition, les désordres anatomiques dont l'existence aurait pu dépendre du passage de l'érysipèle. Un de nos malades seulement a succombé

Les autres lésions viscérales n'étaient pas dignes d'être mentionnées; au moins nous semble-t-il impossible de leur faire jouer un rôle, soit comme cause, soit comme effet, dans l'affection que nous décrivons, et au point de vue qui nous intéresse.

Le traitement de ces érysipèles ne saurait nous arrêter longtemps : les phénomènes locaux n'ayant ici aucune importance, on peut déjà écarter les nombreuses méthodes de traitement qu'on a proposées pour les combattre. Si l'on ne comprend dans les phénomènes généraux que ceux qui résultent de l'invasion et de la présence de l'érysipèle, nous savons encore qu'en raison de leur faible intensité ou de leur inconstance, on pourra s'abstenir, dans l'immense majorité des cas, de leur appliquer une médication, sinon dangereuse, au moins le plus souvent inutile. Ce qu'il faudra combattre alors, ce sera le principe morbide, source première de l'exanthème qui nous révèle sa présence dans l'économie. Il est vrai qu'il n'est pas toujours facile d'attaquer le mal dans sa source; mais il existe toujours un appareil symptomatique plus ou moins manifeste qui n'est autre chose que la traduction matérielle d'un principe insaisissable, inaccessible à nos investigations. Il existera, par exemple, une débilité générale plus ou moins marquée, une diarrhée et des sueurs colliquatives, une maigreur excessive, des eschares; eh bien, chacun de ces accidents réclame des indications spéciales, que la sagacité du médecin le conduira à remplir; nous n'avons pas à les signaler ici. Quant à l'érysipèle en lui-même, et aux accidents, soit locaux, soit généraux, que son apparition entraîne, non-seulement nous les croyons négligeables dans la plupart des cas, mais toute médication dirigée contre eux aurait le double inconvénient d'être toujours inefficace, et peut-être dangereuse en quelque cas.

Encore un mot, et nous terminons, sur la nature des éry-



ultime des maladies graves. Déjà Hippocrate avait préjugé la question, lorsqu'il dit, à la fin du 2ᵉ livre des *Prorrhétiques*, qu'il est certaines affections cutanées qui ne sont pas des maladies, mais qui sont le dépôt (υποστασις) d'autres maladies. Nous admettons parfaitement la première partie de cette proposition en ce qui concerne l'érysipèle dans les cas dont il s'agit. Non, l'érysipèle n'est pas plus une maladie alors, à proprement parler, que l'épistaxis ou les taches rosées qui apparaissent dans le cours des fièvres graves : tout ce que nous avons dit précédemment de la faible intensité des phénomènes locaux, du peu de sympathie qu'ils éveillent dans les autres viscères, l'a surabondamment démontré. Mais devons-nous admettre également la dernière partie de la proposition d'Hippocrate, savoir, que certains exanthèmes cutanés ne sont que le dépôt d'autres maladies? Si j'ai bien compris la pensée d'Hippocrate, ce seraient là des dépôts critiques et probablement, à son sens, salutaires : or, je ne vois dans les érysipèles dont il s'agit rien de critique, et surtout rien de salutaire. Le principe morbide qui règne dans l'économie ne se dépose pas sous la forme d'un exanthème ; l'exanthème apparu et même disparu, le mal subsiste encore, et la preuve, c'est que l'exanthème peut reparaître, comme nous avons eu occasion de l'observer.

D'ailleurs, si la maladie se résolvait en un érysipèle, ou, si l'on aime mieux, se déposait sous cette forme en un point de la surface du corps, l'érysipèle guérissant, le malade devrait guérir aussi : or, nous avons vu la phlegmasie se terminer heureusement par résolution, et le malade succomber. De même, quand le malade meurt, il ne devrait mourir que de l'érysipèle, puisque celui-ci est devenu, pour ainsi dire, toute la maladie: or, les faits sont encore en opposition manifeste avec cette hypothèse. Donc les érysipèles qui nous occupent ne sont ni des dépôts, ni des maladies critiques, ni surtout des maladies salutaires : ce sont des manifestations symptomatiques

mais dont la nature, l'essence intime, nous échappent. Tout ce que nous pouvons dire dans l'état actuel de la science, c'est qu'il existe, dans la convalescence ou vers la fin des maladies graves, certaines dispositions sous l'influence desquelles il tend à se produire, à la surface du corps, des érysipèles à forme serpigineuse et parfois ambulante, affectant par ordre de fréquence la face, le cou, le tronc, les membres supérieurs et les membres inférieurs, se manifestant par des symptômes locaux et généraux d'une intensité habituellement médiocre, rapides dans leur marche, de courte durée, se terminant d'ordinaire par résolution, ne laissant presque aucune trace anatomique de leur passage, soit dans la région affectée, soit dans les autres viscères, bénins en apparence, mais de nature insidieuse, et annonçant toujours un danger imminent, souvent une fin prochaine.

RECHERCHES SUR LES MALADIES DE L'ARTÈRE PULMONAIRE;

Par le Dr NORMAN CHEVERS (1).

(3e article.)

3° *Rétrécissement congénial de l'orifice pulmonaire.* (Suite.)

§ VII. *Rétrécissement de l'orifice pulmonaire; perforation de la cloison ventriculaire; occlusion du trou ovale et du canal artériel.* — Cette espèce de vice de conformation, comme ceux qui ont été précédemment décrits, présente

---

(1) Extrait de *The London medical gazette*, octobre, novembre et décembre 1846. Voir pour les articles précédents les numéros des *Archives* d'avril et août 1847.

caractérisée par l'absence complète du canal artériel, ainsi qu'on peut le voir dans les observations suivantes :

Obs. LV. — Un enfant de 6 ans, cyanosé depuis sa naissance, entra à l'hôpital des Séraphins, présentant, avec tous les signes de la cyanose, de fréquents accès de palpitation, des convulsions et des hémoptysies très-abondantes, à l'une desquelles il succomba. Le cœur avait trois fois le volume du poing du sujet, et l'hypertrophie portait principalement sur le ventricule droit, dont le ventricule gauche paraissait tout au plus un appendice. Oblitération du trou ovale. Ouverture semi-lunaire de 9 lignes à la partie supérieure de la cloison interventriculaire. L'orifice pulmonaire converti en une ouverture circulaire, de 2 lignes de diamètre, à bord cartilagineux. Le sinus de Valsalva formait une poche de 11 lignes de diamètre, remplie de caillots fibrineux, organisés et adhérents aux parois, de manière que le canal avait le même diamètre que son orifice; cette poche avait 6 lignes de long. Pas de vestiges du canal artériel. (Dr Huss, *Gaz. méd.*, février 1843.)

Obs. LVI. — M. Gintrac rapporte (ouvr. cit.) l'observation d'un enfant qui présentait à un haut degré les symptômes de la cyanose, et qui mourut quinze jours après sa naissance. Les vaisseaux cérébraux étaient gorgés de sang; les poumons congestionnés et non crépitants; le ventricule droit hypertrophié, fournissant à la fois l'aorte, et l'artère pulmonaire, qui était presque oblitérée. Le ventricule gauche atrophié, et n'offrant aucune de ses ouvertures normales; la cloison ventriculaire percée d'une large ouverture arrondie. Pas de trace du canal artériel.

Nous avons rapporté, dans un des paragraphes précédents, l'observation des Drs Crampton et Todd, dans laquelle on voit l'artère pulmonaire rétrécie se détacher d'une cavité musculaire surnuméraire, communiquant avec le ventricule droit. On trouve une disposition analogue dans le fait suivant :

Obs. LVII. — Une enfant de 9 ans était affectée, depuis l'âge de 3 ans et demi, de troubles de la respiration et de lividité de la face. Trois mois avant sa mort, elle commença à éprouver de temps en

temps des accès de suffocation, dans un desquels elle succomba presque subitement. Cœur volumineux et fortement musclé. Occlusion du trou ovale. L'aorte naissant au niveau de la cloison des ventricules, et la cavité ventriculaire droite communiquant par une petite ouverture centrale, avec une cavité correspondante, creusée dans l'épaisseur du cœur, et de laquelle se détachait l'artère pulmonaire. Les cavités gauches petites. Le canal artériel imperméable. (Holmsted, *London med. repository*, t. XVII, p. 455.)

On voit qu'à l'exception de l'oblitération du trou ovale, toutes les parties étaient à peu près dans les mêmes conditions que chez le malade du Dr Crampton ; toutefois, l'obstacle à la circulation ne se trouvait pas, comme chez ce dernier, à l'orifice de l'artère pulmonaire, mais bien à l'ouverture étroite qui conduisait du ventricule droit à la cavité musculaire surnuméraire. La position qu'occupait cette cavité supplémentaire chez la malade de M. Holmsted, à une distance considérable au-dessous du point où l'artère pulmonaire se détache habituellement, doit aussi être regardée comme une preuve que ce ventricule surajouté n'était pas constitué par une simple dilatation de l'infundibulum du ventricule droit, résultat de l'obstruction de l'orifice pulmonaire.

On trouvera dans les observations suivantes plusieurs variétés remarquables de ces vices de conformation. Une d'entre elles est intéressante par le soin avec lequel les signes physiques ont été observés pendant la vie.

Obs. LVIII. — Chez un homme de 23 ans, cyanosé dès sa naissance, et qui avait toujours éprouvé des accès de suffocation, au moindre exercice, on trouva après la mort la cloison auriculaire complète. Une ouverture de 1 pouce de diamètre faisait communiquer les deux ventricules. Valvules de l'artère pulmonaire recroquevillées, mais non ossifiées. A 1 pouce au-dessus de ces valvules, l'artère était rétrécie circulairement par un dépôt osseux et réduite au diamètre d'une plume à écrire. Au-dessus de cet étranglement, les parois artérielles étaient très-minces, et formaient une espèce de sac. Les ventricules d'une épaisseur égale. Les veines pulmonaires et l'oreillette gauche diminuées de volume, ainsi que

comme à l'ordinaire. (J. Marshall, *London med. gaz.*, t. VI, p. 886.)

Obs. LIX.— Un jeune garçon de 9 ans éprouvait, depuis sa naissance, de la gêne dans la respiration, de violents battements de cœur, et tous les autres signes de la cyanose. On percevait à la région précordiale deux bruits anormaux: l'un qui ressemblait à un frémissement cataire, et qui coïncidait avec la systole du cœur; l'autre, qui paraissait coïncider avec la contraction des oreillettes, était si clair et si sonore qu'on l'entendait dans tout le côté droit de la poitrine: on le distinguait à peine au côté gauche. La mort eut lieu subitement au milieu de convulsions et d'un accès de dyspnée. Le ventricule droit avait un volume double du ventricule gauche; ses parois avaient leur épaisseur ordinaire. Cloison ventriculaire percée d'une ouverture circulaire au-dessous du point où l'aorte prend son origine, mais plus large du côté du ventricule droit que du ventricule gauche. Dilatation de l'orifice aortique; rétrécissement considérable de l'orifice aortique sans altération de ses parois; occlusion du trou ovale. (Dr Gravina, *Schmidt's Jarbucher*, juillet 1839.)

Obs. LX. — Chez un jeune homme de 13 ans et demi, atteint de cyanose, qui succomba à une dysenterie, le Dr Pulteney trouva le cœur d'un volume naturel; l'orifice de l'artère pulmonaire plus petit et plus résistant qu'à l'ordinaire, mais sans altération des valvules; les ventricules communiquant l'un avec l'autre par une ouverture, dans laquelle on eût pu loger l'extrémité du doigt; les cavités droites d'un volume ordinaire; les cavités gauches très-petites. (*Medic. transactions of the college of physic.*, t. III, p. 324.)

On voit, par cette observation, que l'arrêt de développement de la cloison ventriculaire était dû à la simple rigidité des tissus qui forment la base de l'artère pulmonaire, sans aucune altération matérielle du vaisseau lui-même. On serait conduit à penser, par ce fait et par un ou deux autres, dans lesquels l'orifice pulmonaire n'était pas extrêmement rétréci, que l'oblitération du trou ovale pourrait bien être due à la liberté comparative de la circulation qui s'opère par l'artère pulmonaire. Disons toutefois que dans plusieurs circonstances, on a observé l'imperméabilité de la cloison auriculaire en même



temps qu'un rétrécissement extrême de l'artère pulmonaire, ainsi qu'on en verra un bel exemple dans l'observation suivante. Il se peut certainement que l'ouverture de l'orifice pulmonaire ait été se rétrécissant depuis la naissance jusqu'à la mort de l'individu ; mais on verra, par l'histoire de la maladie, que la circulation était déjà gênée dans cette artère, dès les premiers temps de la vie extra-utérine.

Obs. LXI. — Un jeune garçon, cyanosé depuis sa plus tendre enfance, sujet à des accès de suffocation, succomba à l'âge de 13 ans, et le Dr Pulteney trouva, chez lui, l'orifice pulmonaire tellement rétréci, qu'il pouvait à peine y introduire un stylet; la cloison ventriculaire était percée d'un trou, où l'on eût pu loger le pouce. Il n'est fait aucune mention, dans cette observation, de l'état du canal artériel ; c'est ce qui rend probable qu'il n'y avait rien de particulier de ce côté-là.

Obs. LXII. — Une préparation anatomique du muséum de l'hôpital de Guy (n° 1379) présente l'artère pulmonaire diminuée de moitié; l'oreillette droite énormément dilatée; le ventricule droit excessivement large et hypertrophié; l'aorte naissant du ventricule droit en arrière de l'artère pulmonaire. La cloison ventriculaire perforée par une ouverture de 1 pouce de diamètre; les cavités gauches petites, et leurs parois amincies; l'aorte très-large; le trou ovale oblitéré. Cette préparation avait été recueillie chez un garçon de 16 ans, affecté, depuis la naissance, de palpitations et de dyspnée, et qui entra, pour un ulcère à la jambe, à l'hôpital, où il succomba après une hémoptysie des plus abondantes.

Obs. LXIII. — Une autre préparation du même muséum, n° 1382, recueillie chez une personne de 15 ou 16 ans, offre les dispositions suivantes : l'orifice pulmonaire est rétréci de manière à loger à peine un crayon ordinaire. La partie supérieure de cette artère présente ses diamètres normaux. L'aorte naît au-dessus d'une échancrure de la cloison ventriculaire, et communique principalement avec le ventricule droit. Les cavités droites sont plus larges et plus épaisses que les cavités gauches ; occlusion du trou ovale; pas de trace du canal artériel; cependant l'aorte se rétrécit un peu tout d'un coup, dans le point qui correspond au ligament artériel. Aussi est-il probable qu'il existait, à une époque antérieure, quelque communication anormale entre l'un des vaisseaux de la crosse et

sont couvertes de végétations nombreuses.

Il existe encore dans la science plusieurs autres exemp de ces vices de conformation; nous ne rapporterons que principaux, et encore très-brièvement.

Obs. LXIV. — Enfant de 2 ans, mort avec tous les symptô qui annoncent un obstacle à la circulation pulmonaire. Aorte n sant du ventricule droit, qui offre son épaisseur et son vol normal; orifice pulmonaire rétréci; le reste du vaisseau ay perdu un tiers de son calibre; cloison ventriculaire imparfaite; vités gauches beaucoup plus petites que les droites. (Abernet *Surgic. and physiol. essays*, 2e partie.)

Obs. LXV. — Enfant de 6 ans. Rétrécissement de l'artère monaire, coïncidant avec un arrêt de développement de la clo ventriculaire. Oblitération du trou ovale et du canal artériel. (trac, ouvr. cit., p. 177.)

Obs. LXVI. — Enfant de 9 ans et demi, qui a succombé à affection cérébrale, et chez lequel la cyanose ne s'était dévelo que plusieurs mois après la naissance. Les ventricules comm quaient l'un avec l'autre à la base de l'aorte. Les valvules s lunaires de l'artère pulmonaire étaient soudées, et formaien petit cercle qui rétrécissait l'orifice; pas de trace de canal art ni de trou ovale. (Dr Farre, ouvr. cit., p. 24.)

Obs. LXVII. — Jeune fille de 21 ans, dont les antécédents ét inconnus, et qui présenta, dans les dernières années de sa vie, les symptômes les plus prononcés de cyanose, avec un fort de râpe, qui accompagnait et masquait en partie le premier du cœur. Perforation de la cloison ventriculaire au niveau de fice de l'aorte. Rétrécissement de l'artère pulmonaire, tel c eût pu à peine y loger le petit doigt, et en outre les poumon blés de tubercules miliaires. (Dunglison, *Philad. med. exan* mai 1845.)

Le plus grand nombre des faits précédents vient confi encore le fait que j'ai déjà établi; savoir, que le rétré ment de l'artère pulmonaire, qui peut apporter, dan premiers temps de la vie utérine, un obstacle suffisant à l



culation, pour empêcher le développement complet de la cloison ventriculaire, peut bien ne pas empêcher l'oblitération du canal artériel et du trou de Botal. Quoique, dans plusieurs des cas précédents, la communication interventriculaire présentât souvent une grande étendue, il n'y en avait cependant aucun dans lequel la cloison fût assez imparfaite pour que les ventricules ne formassent qu'une seule et même cavité; tandis que, dans au moins six des cas dans lesquels la cloison auriculaire était incomplète, la cloison des ventricules était elle-même dans l'état le plus rudimentaire.

Rien ne prouve que dans les faits qui viennent de passer sous nos yeux, l'occlusion du trou ovale se soit produite avant la naissance; et dans le petit nombre d'exemples que possède la science, de cette curieuse déviation des lois organogéniques, les parties offraient une disposition tout à fait différente de celle qui appartient au dernier vice de conformation dont nous venons de nous occuper. On comprend d'ailleurs difficilement comment l'occlusion de la communication interauriculaire pourrait survenir à une époque assez peu avancée de la vie fœtale, pour entraver le développement de la cloison ventriculaire.

§ VIII. *Rétrécissement de l'orifice pulmonaire; persistance du trou ovale; occlusion du canal artériel; pas de perforation de la cloison ventriculaire.* — Il est évident que dans les cas où se montre ce vice de conformation, les conditions pathologiques inflammatoires ou autres qui ont déterminé le rétrécissement de l'orifice pulmonaire se sont établies à une époque où la cloison ventriculaire avait acquis son développement complet. La gêne de la circulation pulmonaire occasionne la persistance du trou ovale, mais le canal artériel reste imperméable comme il doit l'être. Il est difficile de se rendre compte de la différence qui existe, sous ce dernier rapport, entre les cas qui font le sujet de ce paragraphe et ceux dont il a été traité dans le § 3, dans lesquels le rétrécisse-

ment de l'orifice pulmonaire coïncide également avec un développement complet de la cloison ventriculaire, mais dans lesquels le trou de Botal et le canal artériel sont perméables. On peut cependant supposer que dans les cas qui nous occupent maintenant, la gêne de la circulation a été moindre que dans ceux de la 3e classe, ou que, dans ces derniers, la lésion de l'artère s'est établie un certain temps avant la naissance, tandis que, dans les premiers, la maladie n'a intéressé les vaisseaux que presque immédiatement après l'établissement de la respiration, à une époque où le canal artériel avait commencé à s'oblitérer, le trou ovale étant encore perméable.

Quelle que soit la véritable explication de cette disposition, toujours est-il que les causes de gêne de la circulation qui sont susceptibles de maintenir ouvert le trou de Botal n'agissent pas de même sur le canal artériel : de là la fréquence de la persistance du trou ovale et la rareté de la perméabilité du canal artériel. Dans quelques-uns des cas que j'aurai bientôt à citer, on verra qu'il y a des raisons de croire à l'oblitération primitive du trou ovale et à sa perforation secondaire par suite du trouble apporté à la circulation cardiaque par l'obstacle situé à l'orifice pulmonaire.

Les deux observations qui suivent offrent beaucoup d'intérêt par l'étroite analogie qu'elles présentent avec beaucoup d'autres cas rapportés plus haut. La première est surtout remarquable par cette circonstance que l'altération de l'orifice artériel dépendait certainement de la présence d'une production pathologique et non d'un simple arrêt de développement de l'appareil valvulaire.

Obs. LXVIII. — Chez une petite fille âgée de 6 mois, affectée, depuis sa naissance, de difficulté de respirer, d'accès de toux, de suffocation et de cyanose, le Dr Hallowell a trouvé le cœur, surtout le ventricule droit, fortement hypertrophié, au point que sa cavité était presque effacée; l'aorte double de l'artère pulmonaire; l'orifice de cette dernière presque entièrement oblitéré par une excroissance charnue, naissant de la face inférieure de la valvule

semi-lunaire moyenne, et s'étendant aux autres valvules, auxquelles elle adhérait. Cette végétation était lobulée à sa surface externe, et ressemblait à une petite framboise. Seulement elle était moins régulière, et son tissu était d'une dureté presque cartilagineuse. Le rétrécissement de l'artère était porté si loin qu'on pouvait à peine y introduire un stylet d'argent. Les parois artérielles étaient plus minces qu'à l'ordinaire; le trou ovale était libre, et son ouverture avait 3 lignes de diamètre. (*American journal of med. scienc.*, t. XXII, p. 365.)

Obs. LXIX. — M. Lallemand a rapporté, dans ses *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale*, t. II, p. 7, l'observation d'une femme qui succomba, à l'âge de 57 ans, après avoir présenté de la cyanose plus ou moins prononcée, depuis sa tendre enfance. Le cœur était énorme. L'oreillette droite, très-dilatée, communiquait, par une ouverture de 4 lignes de diamètre, avec l'oreillette gauche, qui était bien moins volumineuse. L'orifice auriculo-ventriculaire droit rétréci; le ventricule droit rétracté; les parois épaisses de 11 à 16 lignes. L'orifice pulmonaire présentait une cloison, dont la convexité était dirigée vers l'artère, et qui était percée à son centre d'une ouverture parfaitement circulaire, de 2 lignes de diamètre. Le canal artériel oblitéré.

On remarquera, dans les deux observations qui précèdent, combien la disposition des cavités droites du cœur se rapproche de celle qui a été notée par Hunter et par plusieurs autres auteurs, dans des cas où l'oblitération de l'artère pulmonaire coïncidait avec la persistance du canal artériel et du trou ovale, sans altération de la cloison ventriculaire. Avec ce qui a été observé par M. Schuler, dans un cas où le rétrécissement de l'orifice pulmonaire, toujours sans perforation de la cloison, avait déterminé également la persistance du canal artériel et du trou de Botal. Les observations que nous venons de rapporter, dans lesquelles le trou ovale était ouvert et le canal artériel oblitéré, complètent la série. Dans tous ces cas, le courant sanguin, ne trouvant pas un passage libre par le ventricule droit et l'artère pulmonaire, se détourne vers les cavités gauches, à travers le trou ovale,

reste perméable. Par suite, le ventricule droit, ne recevant qu'une petite quantité de sang, perd considérablement de son volume. Dans le fait rapporté par M. Lallemand, le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire droit favorisait encore le retrait du ventricule. Il est probable que chez tous ces individus, l'aggravation des symptômes et la terminaison funeste dépendent de la rétraction toujours croissante du ventricule droit et de l'artère pulmonaire, et peut-être aussi de la diminution du diamètre du trou ovale.

On regrette que, dans l'observation suivante, si pleine d'intérêt, on n'ait pas donné des détails précis sur le volume du ventricule droit. Toutefois, comme il y est dit que le cœur était *un peu* augmenté de volume et que les parois du ventricule droit étaient *considérablement* hypertrophiées, il est probable que la cavité ne devait en être dilatée que dans des limites fort étroites.

Obs. LX. — Une dame de 40 ans, à poitrine mal conformée, et atteinte de cyanose dès sa plus tendre enfance, succomba, au mois de mars 1845, après un accès de suffocation, qui durait depuis vingt-quatre heures, et après avoir été atteinte d'anasarque, deux ans auparavant. Cœur un peu augmenté de volume; hypertrophie portant principalement sur les cavités droites, dont le ventricule égalait au moins le ventricule gauche, et l'oreillette était trois fois plus épaisse que celle du côté opposé. Persistance du trou ovale, dont l'ouverture avait 4 lignes de diamètre, et était pourvue d'une valvule. Les valvules auriculo-ventriculaires épaissies. Au-dessus des valvules semi-lunaires de l'artère pulmonaire, une fausse membrane d'une ligne d'épaisseur était tendue en travers; elle était percée, à son centre, d'une simple fente, dont les bords étaient rouges, et tapissés de végétations fibrineuses. Les trois valvules semi-lunaires étaient relevées, et maintenues adhérentes à la fausse membrane.

L'observation suivante est plus singulière encore, par l'existence d'un vice de conformation remarquable du ventricule droit, qui avait bien été signalé dans plusieurs cas de vices de conformation, mais qui n'avait jamais été observé avec le rétrécissement de l'orifice pulmonaire seul.

Obs. LXI. — Enfant mort à l'âge de 5 ans, ayant présenté les symptômes de la cyanose, presque immédiatement après sa naissance. Cavités droites du cœur distendues par du sang et des concrétions fibrineuses; amincissement extrême des parois du ventricule droit, surtout à la pointe où elle n'avait pas plus d'un quart de ligne d'épaisseur. La valvule tricuspide, ou plutôt les tendons qui la soutendent, divisaient le ventricule droit en plusieurs cavités. Persistance du trou ovale. Les deux orifices artériels rétrécis, surtout l'orifice pulmonaire; les cavités gauches très-petites. (Obet, *Revue méd.*, t. VI, p. 175.)

Dans cette observation, comme dans la plupart de celles que nous avons à citer, l'obstacle à la circulation pulmonaire a déterminé ses effets fâcheux, principalement en mettant obstacle à l'évacuation du ventricule droit; car ni le rétrécissement de l'orifice pulmonaire, ni la communication inter-auriculaire, ne pouvaient entrainer entièrement le courant sanguin dans les cavités gauches, à travers la cloison des oreillettes.

Nous avons parlé, au commencement de ce paragraphe, des faits dans lesquels on pouvait supposer que la membrane du trou ovale avait été perforée, par suite de la gêne de la circulation dans les cavités droites. Nous citerons, à ce sujet, les deux observations qui suivent :

Obs. LXII. — Un paysan âgé de 19 ans, sujet, depuis son enfance, à de la gêne de la respiration et à des palpitations, offrant une coloration livide des extrémités, continua cependant à se livrer aux travaux des champs, jusqu'à cinq semaines avant sa mort, époque à laquelle il fut atteint d'une hémoptysie assez abondante, qui se répéta à diverses fois. Le docteur Craigie, dans le service duquel il fut placé, constata, avec les signes d'une bronchite étendue, et d'une déformation de la poitrine, un bruit de souffle râpeux et prolongé, qui accompagnait le premier bruit, et qui se percevait très-distinctement le long du bord droit du sternum, entre la troisième et la quatrième côte. Le cœur, considérablement augmenté de volume, pesait 18 onces. La membrane de la fenêtre ovale était mince et réticulée; elle présentait plusieurs petits trous, et dans son limbe inférieur, une ouverture elliptique, d'un

tiers de pouce de diamètre, communiquant directement avec l'oreillette gauche. Dilatation avec hypertrophie du ventricule droit. Orifice pulmonaire pourvu d'une membrane opaque, résistante, concave du côté du ventricule, convexe du côté de l'artère, et formant une espèce de cône tronqué, avec une petite ouverture au centre, dans laquelle on eût pu glisser un stylet ordinaire. Cette ouverture était entourée d'une frange de végétations charnues; la partie supérieure du cône offrait la trace des points de rencontre des trois valvules. (*Edinb. med. and surg. journal*, t. LX, p. 268.)

Obs. LXIII. — Un homme de 34 ans s'était toujours bien porté jusqu'à l'âge de 14 ans, époque à laquelle il fit une chute dans un fossé profond et plein d'eau. Pendant plusieurs jours il fut en proie à une fièvre lente; pendant la convalescence, on s'aperçut que les lèvres et les extrémités des doigts étaient violacés; depuis cette époque, la cyanose continua jusqu'à la mort. Il succomba à deux attaques d'apoplexie. Le cœur était énorme, surtout les cavités droitres. Les oreillettes communiquaient par un orifice qui avait plus d'un pouce de diamètre. Les parois des ventricules étaient peu épaisses; la cloison ventriculaire complète. Le bord libre des valvules pulmonaires ossifié, et l'orifice rétréci de manière à permettre difficilement l'introduction d'une plume d'oie. (Cherrier, cité par Gintrac, p. 180.)

Il est difficile de douter que, dans tous les cas précédents, le rétrécissement de l'orifice pulmonaire datât d'une période antérieure ou du moins peu postérieure à la naissance (bien que, ainsi que cela arrive en général dans toutes les formes de rétrécissement congénial, le rétrécissement paraisse avoir fait des progrès en même temps que l'individu avançait en âge). Il serait cependant bien nécessaire, dans tous les cas, de s'assurer si le rétrécissement de l'orifice pulmonaire n'est pas survenu à une époque beaucoup plus avancée de la vie, par exemple, en même temps que la déchirure accidentelle du trou ovale; ou si cette maladie de l'artère pulmonaire n'aurait pas été la cause de la perforation de cette cloison, ainsi que semble l'indiquer l'enchaînement des symptômes. Il est bien vrai que certains auteurs ont parlé de ces ruptures acci-

dentelles de la cloison interauriculaire; mais la plupart de leurs observations, y comprenant même celle de Caietanus Tacconus (*Commentaires de Bologne*, t. VI; 1783), manquent d'une description assez précise des tissus qui entourent l'ouverture, pour qu'on puisse déterminer si la persistance du trou ovale doit être rapportée à un arrêt de développement ou à l'ulcération.

§ IX. *Rétrécissement de l'orifice pulmonaire sans perforation des cloisons ventriculaire et auriculaire, et avec oblitération du canal artériel.* — Dans certains cas de cette espèce, il peut être infiniment difficile de déterminer si la lésion de l'artère est congéniale ou date d'une époque postérieure à la naissance. C'est seulement par la durée et par le caractère des symptômes que l'on peut arriver à trancher la question. Dans les exemples que j'ai déjà rapportés, les altérations anatomiques trouvées après la mort ne peuvent laisser aucun doute sur l'origine congéniale de la maladie. Dans l'observation suivante, au contraire, où les lésions anatomiques étaient des plus rares et des plus singulières, il est probable que le trou ovale s'était oblitéré avant la naissance, et que le canal artériel n'avait jamais existé. Telle était, en effet, la disposition des parties, que ces communications n'étaient nullement nécessaires à la continuation de la vie intra-utérine. Aussi le rétrécissement de l'artère pulmonaire ne parait-il pas avoir été la lésion primitive.

Obs. LXIV. — Enfant du sexe féminin, morte à 3 ans et demi, cyanosée depuis l'âge de 2 mois. Cœur très-volumineux, surtout les cavités droites; à peine des traces de colonnes charnues dans l'oreillette gauche. En voulant ouvrir ce qu'on pensait être l'appendice de l'oreillette gauche, on pénétra dans une large cavité, avec laquelle le ventricule gauche ne communiquait que par une petite fissure. L'ouverture ventriculaire correspondante était fermée par une membrane charnue adhérente. De la partie postérieure et supérieure du ventricule droit, naissait l'aorte, considérablement dilatée. Immédiatement au-dessous de l'aorte, se détachait une petite artère

pulmonaire. Le ventricule gauche contenait un petit caillot de sang noir, qui devait avoir pénétré par la petite fissure décrite plus haut. L'oreillette droite recevait le tronc de la veine cave supérieure; son orifice était pourvu d'une valvule très-fine. Deux petites veines pulmonaires pénétraient dans la partie inférieure de l'oreillette gauche, qui était presque oblitérée, et une grosse veine pénétrait dans sa partie supérieure. La cloison auriculaire était complète. (Dr Blackmore, *Edinb. medic. and surgic. journal*, t. XXXIII, p. 268.)

Dans les autres cas de cette espèce qui ont été rapportés, les lésions offraient un caractère plus simple que dans les observations précédentes. Ainsi :

Obs. LXV. — Le docteur Elliotson cite le fait d'une très-jeune femme qui succomba à l'hôpital Saint-Barthélemy. Les parois du ventricule droit paraissaient s'être moulées sur l'orifice de l'artère pulmonaire, dans lequel on eût pu glisser tout au plus une plume à écrire, et le sang devait traverser ce canal si étroit pour arriver jusqu'à l'orifice proprement dit, qui lui-même avait son diamètre naturel. Il existait en outre deux petites cavités droites supplémentaires. (*Diseases of the heart*, p. 21.)

Obs. LXVI. — Craigie rapporte le fait d'un terrassier, âgé de 44 ans, qui, à la suite d'une débauche qui avait duré dix jours, fut pris de tous les symptômes d'une inflammation aiguë de poitrine, et succomba dans le délire. Le cœur pesait 13 onces. Oreillette gauche dilatée et hypertrophiée. Parois du ventricule droit très-épaisses, presque autant que celles du ventricule gauche; la cavité du premier de ces ventricules rétrécie. Les valvules pulmonaires soudées en forme d'anneau, et admettant seulement l'extrémité du petit doigt; au-dessus, l'artère dilatée et ses parois amincies. L'aorte offrait aussi une dilatation au niveau de sa crosse. Les poumons étaient infiltrés de tubercules et indurés. (Ouvr. cit., p. 271.)

Dans ce dernier cas, la mort semble être survenue plutôt par suite de l'aggravation de la maladie pulmonaire qu'à cause de l'obstruction cardiaque, qui était loin d'être excessive. J'ai vu plusieurs exemples de maladies du cœur dans

lesquelles la cavité, située immédiatement derrière l'obstacle, offrait, au premier abord, la disposition connue sous le nom d'*hypertrophie concentrique;* mais, en réalité, cette disposition n'était qu'apparente, et la cavité reprenait son volume aussitôt la cessation de la rigidité cadavérique. C'est ce qui survient surtout lorsque la mort arrive presque subitement, à la suite de causes accidentelles qui n'agissent pas immédiatement sur l'organe central de la circulation.

L'observation suivante offre un exemple très-tranché des effets que peut produire la gêne extrême de la circulation dans les cavités droites du cœur lorsque la distension extrême de l'oreillette et du ventricule ne peut être soulagée par une communication anormale entre les ventricules ou entre les oreillettes.

Obs. LXVII. — Une femme de 63 ans, atteinte de dyspnée depuis l'âge de 47 ans, époque de la cessation de ses règles, éprouvait des battements de cœur tumultueux, que rien ne soulageait, si ce n'est les saignées. Trois mois avant sa mort, elle fut prise de violentes douleurs vers la région du cœur, et de vertiges fréquents; enfin elle tomba dans le délire, et succomba après une agonie prolongée. Le cœur pesait 14 onces et demie; les cavités droites fortement dilatées, et l'orifice ventriculaire correspondant insuffisant; les parois du ventricule droit amincies, et tapissées à l'intérieur de couches épaisses, de caillots stratifiés. Les valvules semi-lunaires de l'artère pulmonaire remplacées par une membrane épaisse, adhérente au pourtour de l'orifice artériel, et dont la concavité, dirigée vers le ventricule, était percée, à son centre, d'une ouverture où l'on eût pu introduire une plume d'oie. Cette membrane était plus épaisse à son bord libre et à son bord adhérent que dans le reste de son étendue. (Dr Fallot, *London med. and surg. journal*, t. V, p. 61.)

En rapportant les nombreuses observations qui précèdent, j'ai cherché à faire connaître les diverses formes sous lesquelles peut se présenter le rétrécissement congénial de l'orifice pulmonaire. J'ai détaillé les diverses modifications qu'offre cette lésion depuis sa forme la plus compliquée, dans

laquelle l'obstacle artériel, développé à une époque où le cœur est encore simple, arrête la formation des cloisons de séparation, et empêche l'occlusion du canal artériel, jusqu'à ses formes les plus simples, dans lesquelles l'altération est bornée à l'orifice pulmonaire et est survenue trop tard pour avoir une influence quelconque sur le développement complet des autres portions du cœur et de ses appendices. Il m'eût été facile de rapporter une ou deux observations seulement à l'appui de chacune de ces formes; mais je n'ai pas cru devoir le faire, parce que presque toutes les observations de ces espèces de vice de conformation offrent des particularités tranchées, autrement dit, parce qu'il n'y a pas deux observations qui se ressemblent, ou que chacune montre une nouvelle face de la pathologie du cœur, de même qu'elle jette un nouveau jour sur les ressources inépuisables que la nature possède, pour permettre à l'organe central de la respiration de s'adapter aux vicissitudes qui peuvent l'affecter pendant les progrès de leur développement. Je réserverai la discussion de plusieurs points importants qui touchent à l'histoire de ces altérations jusqu'au moment où j'étudierai la *cyanose* et où j'aborderai le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies de l'artère pulmonaire.

4° *Absence des valvules sygmoïdes.* — Dans plusieurs cas de rétrécissement de l'orifice pulmonaire qui ont été déjà rapportés, l'appareil valvulaire qui occupait l'origine du vaisseau ne présentait que des ressemblances très-éloignées avec l'appareil valvulaire normal. Le développement des valvules est souvent encore incomplet, en particulier dans les cas dans lesquels, à en juger par l'état d'imperfection de la cloison ventriculaire ou d'autres dispositions défectueuses du cœur et de ses gros vaisseaux, l'origine de la lésion artérielle date des premières périodes de la vie intra-utérine. Toutefois, dans le plus grand nombre de ces cas, on trouve des traces d'un appareil valvulaire qui peut s'opposer, jusqu'à un certain

point, au reflux du sang. Dans l'observation du Dr Crampton, les valvules manquaient entièrement. Il en était de même dans l'observation suivante :

Obs. LXVIII. — Un enfant de 8 ans, cyanosé, chez lequel on entendait un bruit de souffle au-dessous du mamelon gauche, mourut d'une maladie du cerveau. Le cœur avait son volume normal ; trou ovale ouvert ; pas de communication entre l'oreillette et le ventricule droits. Dans le ventricule gauche, immédiatement derrière la valvule mitrale, on apercevait une large ouverture de la cloison, qui s'ouvrait à l'origine de l'artère pulmonaire. Ce dernier vaisseau n'avait pas de valvules. Le ventricule gauche aurait à peine logé une noisette. (Dr Favell, *Provinc. med. and surgic. journal*, t. III, p. 440.)

Cette observation est extrêmement intéressante, surtout si on la compare à celle du Dr Blackmore. Ici nous trouvons une disposition singulière des parties, en vertu de laquelle la nature a remédié, jusqu'à un certain point, aux effets immédiatement fâcheux de la lésion primitive, l'occlusion complète de l'orifice auriculo-ventriculaire droit. Dans l'observation du Dr Blackmore, il y avait un changement encore plus extraordinaire dans le trajet de la circulation, par suite de l'arrêt de développement ou de l'oblitération prématurée de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Cette disposition vicieuse de l'artère pulmonaire, dans l'un et l'autre cas, quoique paraissant secondaire par rapport aux autres lésions cardiaques, était évidemment la cause principale de la cyanose et de tous les symptômes de la gêne de la circulation. On remarquera que, dans ces cas et dans celui qui a été rapporté par le Dr Crampton, l'artère pulmonaire, privée de valvules, communiquait directement avec une petite cavité musculaire qui, en réalité, formait un appendice au ventricule, d'où ce vaisseau recevait le sang. Il est probable que cette disposition des parties compensait, à un certain degré, l'absence de l'appareil valvulaire, en empêchant le sang de re-

…ent dans le ventricule dont il avait été chassé. Il est à regretter qu'on ne se soit pas assuré si le bruit anormal qu'on percevait dans ces deux cas était isochrone avec la diastole ou avec la systole du cœur. On ne peut douter que, dans les cas de cette espèce, la rupture, ou l'inflammation de l'appareil valvulaire, survenue dans les premiers temps de la vie utérine, n'ait été suivie plus tard de l'absorption de ces valvules altérées. Dans une autre partie de ce mémoire, je montrerai que, même chez l'adulte, l'appareil valvulaire de l'artère pulmonaire peut être presque entièrement détruit par la maladie.

5° *Artère pulmonaire pourvue seulement de deux valvules.* — Plusieurs cas de cette espèce ont été rapportés, et j'en ai déjà cité un qui appartient au Dr Houstan, et un autre du Dr Duret, dans lequel cette oblitération du nombre des valvules coïncidait avec le rétrécissement de l'artère. On verra dans l'observation suivante cette disposition existant à la fois dans l'artère pulmonaire et dans l'aorte.

Obs. LXIX. — Un briquetier âgé de 38 ans mourut de pleuro-pneumonie et de péricardite, après avoir présenté les signes physiques d'une hypertrophie du cœur et de l'insuffisance des valvules aortiques. A l'*autopsie*, on trouva effectivement ces lésions, mais il n'y avait que deux valvules sygmoïdes à l'aorte; elles étaient couvertes de végétations nombreuses, en partie molles et récentes, en partie calcaires et anciennes; les valvules de l'artère pulmonaire étaient au nombre de deux, suffisantes et parfaitement saines. (Dr Taylor, *The Lancet*, décembre 1841.)

D'après la durée de la vie de personnes qui offrent ce vice de conformation, il est évident que cette disposition des valvules ne s'accompagne pas nécessairement d'insuffisance, autant du moins que les replis membraneux conservent leur disposition normale. Cependant il semble qu'elle les dispose à subir diverses transformations morbides; ainsi :

Obs. LXX. — Chez une femme de 20 ans, qui menait une

existence très-irrégulière, et qui succomba à l'oblitération des branches de l'artère pulmonaire, M. Paget trouva ce vaisseau pourvu de deux valvules seulement, épaissies et opaques, et portant sur leur bord libre et sur les points voisins de larges végétations jaunâtres, comme fibrineuses, commençant à s'infiltrer de matière crétacée. (*Medico-chirurg. transact.*, 1844.)

6° *Absence et oblitération congéniale du canal artériel.* — Indépendamment de ces cas dans lesquels l'office du canal artériel est rempli par un vaisseau distinct qui se porte du ventricule droit à l'autre, ou par une communication entre l'artère pulmonaire et un des gros vaisseaux de la crosse aortique, il y a plusieurs espèces de vices de conformation du cœur, dans lesquelles tout fait croire que l'oblitération du canal artériel est d'origine congéniale, bien que dans la majorité de ces cas, on ne découvre aucun vestige de ce canal après la naissance. Il ne paraît pas probable que ce canal ait manqué primitivement, à moins d'admettre l'existence de quelques lésions primitives des vaisseaux branchiaux; il est plus croyable que cette communication, étant devenue inutile par l'établissement de certaines conditions anormales sur d'autres points de l'appareil cardiaque, s'est oblitérée à une époque où le bulbe artériel et les vaisseaux branchiaux ont commencé à revêtir les caractères distinctifs des deux circulations, ou bien s'est rétrécie et a été emportée par l'absorption, à une période plus avancée de la vie fœtale.

L'absence du canal artériel a été observée avec un ventricule unique, donnant naissance à un seul tronc artériel; avec une seule artère, naissant de deux ventricules, séparés par une cloison rudimentaire; enfin avec un rétrécissement de l'artère pulmonaire. On l'a trouvée encore avec le rétrécissement de cette dernière artère, et l'oblitération de l'orifice mitral (obs. du Dr Blackmore), de même que dans un cas singulier de transposition de l'aorte et de l'artère pulmonaire. Ces deux derniers cas sont véritablement exceptionnels. Nous

avons déjà fait allusion à ces faits, dans lesquels le cœur n'a qu'un seul ventricule, fournissant une seule artère, ou deux artères naissant par des orifices séparés, ou bien dans lesquels les ventricules, communiquant l'un envers l'autre à travers la cloison, donnent naissance à une artère, qui se divise bientôt en artère pulmonaire et en aorte. Dans ces deux circonstances, le canal artériel manque; et on comprend que la disposition particulière des parties rend la présence de ce canal peu nécessaire.

La question de l'oblitération du canal artériel survenant avant la naissance est une question du plus haut intérêt sous le point de vue médico-légal. Que ce canal puisse se fermer pendant les premiers temps de la vie intra-utérine, c'est là un fait parfaitement établi par des observations assez nombreuses; mais son occlusion et sa conversion en un cordon imperméable peuvent-elle survenir à une époque plus avancée de la vie fœtale? C'est là une question plus douteuse, quoique je pense pouvoir la résoudre par l'affirmative. Je citerai, à ce sujet, l'observation suivante :

Obs. LXXI. — Le corps d'un enfant mâle fut découvert enterré dans un lieu désert, et enveloppé d'un sac; il était déjà en putréfaction et l'épiderme se détachait. Le corps pesait 5 livres et avait 20 pouces de longueur; l'ombilic en occupait le centre. Le cordon était coupé près de l'abdomen, mais sans ligature. Les ongles étaient bien développés, et le crâne présentait des cheveux; il y avait des ecchymoses à la partie antérieure du cou, un épanchement de sang à l'extérieur de la trachée. La bouche et les narines avaient été fermées avec un tampon de linge. Le cœur et les poumons pesaient 1 once; ces derniers étaient affaissés, et non imprégnés d'air. Le trou ovale était en partie fermé, et le canal artériel imperméable; le canal veineux presque oblitéré. Il y avait beaucoup de méconium dans le gros intestin. L'enquête établit que cet enfant était né à six heures du matin, et que son corps avait été déposé dans le point où il avait été découvert, le même jour, entre dix et onze heures du matin. Il en résultait donc, ou bien que le canal artériel s'était oblitéré presque immédiatement après

la naissance (chose bien extraordinaire, puisque l'enfant n'avait vécu au plus que quatre heures et demie, et n'avait peut-être même pas respiré quelques minutes), ou bien que l'enfant était venu au monde avec le canal artériel entièrement ou presque entièrement oblitéré.

Les faits de cette espèce manquent malheureusement de caractères assez certains pour qu'on puisse y attacher une valeur absolue ; cependant ils rendent très-probable l'oblitération du canal artériel avant la naissance, et ils doivent rendre les médecins très-réservés pour affirmer que l'existence de la contraction ou de l'occlusion du canal artériel indique nécessairement l'établissement de la respiration.

Nous ne savons absolument rien sur les causes qui déterminent, après la naissance, la fermeture de ce canal. Peut-être ces causes entrent-elles en action avant la naissance de l'enfant. Plusieurs cas de vices de conformation viennent à l'appui de cette idée ; et des faits nombreux portent à croire que ce travail de retrait du trou ovale et des canaux veineux et artériel, compte parmi les causes qui déterminent l'expulsion du fœtus au neuvième mois de la grossesse.

7° *Division prématurée de l'artère pulmonaire.* — L'artère pulmonaire se divise assez souvent en deux branches, à très-peu de distance de son origine. Ainsi, M. Cassan (*Archives génér. de méd.*, t. XIII, p. 82, 1re série) a trouvé, chez une jeune fille morte d'un anévrysme passif des cavités gauches du cœur, cette artère se divisant immédiatement en deux branches d'un volume ordinaire. M. Bloxham a trouvé, chez un enfant de 3 ans, l'artère pulmonaire très-étroite, se divisant, après un trajet de 1 ligne, en deux branches. Cette espèce de vice de conformation n'est pas extrêmement rare, lorsqu'il est porté à un moindre degré.

QUELQUES OBSERVATIONS DE FIÈVRES INTERMITTENTES AVEC ALBUMINURIE ;

Par le Dr HEBERT, *médecin de l'hôpital Saint-Charles de Nancy.*

Cette note comprend seulement trois observations de fièvres intermittentes, mais qui me semblent offrir de l'intérêt en ce qu'elles ont été compliquées d'albuminurie, et qu'à cause de cela elles ont présenté un caractère particulier.

OBSERVATION I. — *Fièvre intermittente erratique ; hypertrophie de la rate ; maladie présumée du rein gauche ; urine très-albumineuse. Guérison.*— Piffot (Charles), âgé de 27 ans, tuilier, homme assez robuste et d'assez haute taille, se présenta un jour à ma clinique pour une douleur constante qu'il ressentait dans l'hypochondre gauche : je l'engageai à venir se faire traiter à l'hôpital Saint-Charles, et il y fut admis quelques jours après, le 12 décembre 1838. Il nous dit alors que, il y a environ dix ans, il avait été atteint d'une fièvre intermittente tierce ; que malgré les différents remèdes dont il avait pu faire usage pour combattre cette maladie, elle avait persisté pendant un an ; que depuis ce temps sa santé, qui s'était bien rétablie, s'était cependant altérée de nouveau ; que, il y a à peu près un mois, il avait ressenti une si violente douleur dans le côté gauche et répondant aux fausses côtes, qu'il était tombé en syncope dans le fossé dont il retirait alors la terre ; que, cette douleur persévérant toujours, il lui avait été impossible de reprendre son travail, et qu'enfin il avait été forcé de réclamer les secours de l'hôpital.

Ces renseignements avaient été provoqués par les questions que je lui avais adressées, après avoir examiné attentivement le siége de la douleur. En effet, je reconnus dans la région hypochondriaque gauche une tumeur très-volumineuse, qui bombait extérieurement, qu'il était facile de circonscrire, et dont l'extrémité inférieure était au moins au niveau de la dernière fausse côte, et se rapprochait beaucoup de l'ombilic. En haut, d'après la matité du son, cette tumeur paraissait s'étendre jusqu'à une ligne transversale qui partait du mamelon ; de sorte qu'il était très-difficile de

fixer les limites du poumon gauche, de la rate et du cœur; car ces trois organes semblaient tous confondus. Mais le malade rapportait particulièrement la douleur qu'il éprouvait à la région rénale gauche, ce qu'il indiquait d'ailleurs en portant la main en arrière, sur les fausses côtes et vers la crête iliaque. Les urines étaient troubles, acides et très-colorées. Le pouls donnait pendant le jour 73 pulsations par minute; il s'élevait le soir jusqu'à 80, et prenait alors de la force. Souvent le malade ressentait des frissons; il avait de la peine, et surtout le soir, à se réchauffer. Pendant la nuit, il suait abondamment, au point de mouiller tous ses couchages, et il était alors tourmenté par une soif ardente. L'appétit était peu prononcé, les selles étaient rares, et il n'y avait aucun signe d'hydropisie.

D'après la tumeur qui paraissait être une énorme hypertrophie de la rate, je regardai l'état dans lequel se trouvait Piffot chaque soir comme un accès de fièvre intermittente, et je résolus d'administrer à ce malade le sulfate de quinine à haute dose, mais en commençant par 10 grains d'abord, et en augmentant ensuite chaque jour de cette quantité.

Dès le troisième jour, il y eut de la surdité; le quatrième, une grande faiblesse, et le cinquième, des vertiges qui forcèrent le malade à se recoucher. En dernier lieu, il avait pris 50 grains du médicament, et toutes les doses réunies se portaient à 150. Mais, comme, à cette époque, le pouls avait beaucoup perdu de sa force et de sa fréquence, et que les sueurs nocturnes étaient supprimées, je crus devoir discontinuer le traitement.

Les urines, que l'on avait toujours examinées avec attention, étaient devenues moins acides; mais elles déposaient un sédiment blanc, muqueux et comme glaireux, et le malade continuant à se plaindre de la région rénale gauche, on pensa qu'il pouvait bien y avoir aussi maladie du rein gauche. Les urines furent alors soumises à l'action de la chaleur, immédiatement après leur excrétion, et l'on vit bientôt, dans la fiole qui les contenait, une grande quantité de flocons albumineux, qui y formèrent un dépôt très-abondant.

Il en fut ainsi pendant quelques jours encore; mais la tumeur résultant du développement anormal de la rate et peut-être aussi du rein gauche diminua peu à peu de volume et assez vite, cependant, pour qu'il ne fût bientôt plus possible de reconnaître l'endroit où commençait son extrémité supérieure, et où se terminait son extrémité inférieure, qui avait entièrement disparu sous

les fausses côtes. Les urines devinrent claires, moins acides, et cessèrent de coaguler; l'appétit se développa vivement, le malade reprit de l'embonpoint et des forces; il ne se plaignit plus de douleurs qui paraissaient avoir pour siége la rate et particulièrement le rein gauche; enfin, il sortit de l'hôpital le 12 février 1839, très-bien guéri, et deux mois après son entrée.

Ce qu'il y a surtout de remarquable dans cette observation, c'est la coïncidence d'urines fortement albumineuses avec une hypertrophie de la rate, avec les signes d'une fièvre intermittente en quelque sorte erratique, et une douleur qui avait plutôt pour siége le rein gauche que l'organe splénique lui-même; et dès que celui-ci commença à reprendre ses dimensions normales, les urines cessèrent peu à peu de coaguler, la douleur du côté gauche s'éteignit insensiblement, et enfin le malade recouvra entièrement la santé.

Je dois ajouter que, si dans cette 1re observation, où les urines ont été très-albumineuses, et où le rein gauche, dans un état anormal, sans doute, a pu contribuer au développement de la tumeur, on n'a cependant remarqué aucun signe d'hydropisie, c'est très-probablement parce que la maladie était encore trop récente. En effet, avant le traitement, elle datait à peine d'un mois, et il n'y avait pas encore d'altération organique et incurable de l'organe sécréteur de l'urine du côté gauche, mais seulement un simple état inflammatoire, ou même une simple congestion sanguine de cette glande.

Le rein droit participait-il lui-même à cet état de maladie? La chose est possible, mais rien ne le confirme; et d'ailleurs, il n'est pas encore bien prouvé qu'il faille que les deux reins soient malades pour produire l'albuminurie.

J'ai dans ce moment, 7 juin 1847, dans mon service, à l'hôpital, un homme âgé de 47 ans, qui y est entré pour une indisposition qui n'était que le prodrome d'une fièvre intermittente tierce, et dont il a eu quatre accès, mais très-vio-

lents, et qui ont chaque fois persisté pendant plusieurs heures de suite. Pendant toute leur durée, le malade était tourmenté par d'insupportables douleurs de reins qui lui arrachaient des cris, et les urines rendues pendant le jour de fièvre étaient colorées et albumineuses, car elles coagulaient par la chaleur et par l'acide nitrique; mais le lendemain, jour apyrétique, elles avaient perdu ce dernier caractère, et elles ne coagulaient plus. Depuis la guérison de la fièvre intermittente par l'acide arsénieux, l'albuminurie ne s'est pas reproduite. Il y a eu certainement dans ce cas une congestion sanguine des reins, mais momentanée, et qui se dissipait après la fièvre; et je crois que l'on peut expliquer de cette manière ce que l'on remarque quelquefois dans certaines maladies aiguës, telles que la scarlatine et autres, où les urines d'abord albumineuses cessent de l'être lors du complet rétablissement de la santé, et reprennent bientôt leurs qualités normales.

Ce qui tend encore à prouver cette dernière assertion, c'est l'observation suivante : Un jeune homme de 20 ans, fort et robuste, et qui est employé aujourd'hui à l'hôpital Saint-Charles en qualité d'infirmier, y a été traité pendant trois mois (fin de 1846 et commencement de 1847) pour une fièvre typhoïde et d'une nature assez grave. Pendant les quinze premiers jours au moins de sa maladie, il a été tourmenté par de fortes douleurs de reins, qu'accompagnaient un état fébrile très-prononcé et d'autres symptômes de la fièvre typhoïde. En même temps les urines étaient albumineuses, et ce caractère était démontré par l'action de la chaleur et de l'acide nitrique. Lorsque les douleurs de reins se calmèrent, les urines cessèrent de coaguler, et elles furent seulement sédimenteuses. N'est-ce pas encore là une nouvelle preuve de la possibilité de la congestion sanguine, ou de l'inflammation momentanée des reins, sans altération incurable de leur parenchyme, dans quelques cas de maladies aiguës, pour produire l'albuminurie?

OBS. II. — *Fièvre intermittente et hypertrophie de la rate; guérison; maladie consécutive des reins; hydropisie générale et urines albumineuses; état stationnaire.* — Le nommé Bailly, âgé de 20 ans, vint à l'hôpital Saint-Charles, il y a à peu près quatre ans, pour y être traité d'une fièvre intermittente qu'il avait contractée à Alger, où il était resté pendant un an. Cette fièvre datait déjà de plusieurs mois, et le sujet qui en était atteint avait aussi une hypertrophie très-prononcée de la rate. Le sulfate de quinine administré à haute dose guérit bientôt la fièvre et l'hypertrophie splénique; mais une leucophlegmatie générale se déclara presque immédiatement après, en commençant par la face, et en se propageant successivement vers les parties inférieures, de manière à distendre beaucoup les membres abdominaux, et il y avait aussi épanchement séreux dans la cavité abdominale.

Cependant le malade conservait encore de la force et un grand appétit; mais il se plaignait constamment d'une douleur de reins dont l'intensité variait beaucoup, et en même temps les urines étaient devenues très-albumineuses, car elles coagulaient fortement par la chaleur et par l'acide nitrique. Il n'y avait aucun signe de maladie du cœur, et la difficulté de la respiration, plus ou moins grande d'ailleurs, était en raison directe du gonflement des parties par l'hydropisie générale. Ce malade resta plusieurs mois dans mon service de médecine, sans amélioration sensible dans son état de santé, et, malgré tous les moyens employés, il sortit de l'hôpital sans être guéri.

OBS. III. — *Ancienne fièvre intermittente; hypertrophie de la rate; hydropisie générale; urines albumineuses, puis effervescentes* (signe certain de mort); *maladie des reins.* — Robuard (Adolphe), 31 ans, né à la Campe (Calvados), voiturier, est entré à l'hôpital Saint-Charles le 27 mai 1844, et y est mort le 18 juin suivant. Dans le mois d'août 1843, il fut atteint dans son pays d'une fièvre intermittente tierce, qui, en se prolongeant, prit ensuite le type quarte, et dont il fut guéri, mais momentanément, et à différentes reprises, par le sulfate de quinine. Enfin, au commencement de mai 1844, se croyant assez bien portant, il partit du Havre pour se livrer à son genre d'industrie. Pendant le voyage, la fièvre ne se renouvela pas; mais le malade vit son ventre se gonfler, et y ressentit d'assez vives douleurs.

En arrivant à Nancy, il y avait chez lui une leucophlegmatie presque générale, et l'abdomen était le siége d'un épanchement

séreux très-prononcé. Le pouls ne donnait que 55 à 60 pulsations par minute, et ses battements, ainsi que ceux du cœur, étaient très-réguliers ; la langue était rouge et sèche, la soif assez vive, et il y avait cependant encore un peu d'appétit ; les selles étaient liquides ; la maigreur des bras et de la face était extrême ; la respiration se faisait entendre dans toute l'étendue de la poitrine, et les urines rares et acides étaient albumineuses, et coagulaient par la chaleur et par l'acide nitrique.

Tel fut à peu près l'état du malade pendant tout le temps qu'il resta à l'hôpital. On le ponctionna trois fois : il fut toujours soulagé par cette opération, et même, dès la première fois, il n'y eut plus d'œdème du membre inférieur ni des parties sexuelles, et l'on put reconnaître alors une hypertrophie de la rate ; mais l'état de mal-être général ne permit guère de s'assurer si le malade souffrait particulièrement des reins. Cependant, au bout de quelques jours, les urines changèrent de caractère ; elles ne furent plus coagulables par la chaleur, mais seulement par l'acide nitrique ; ensuite elles devinrent alcalines, nullement coagulables, mais très-effervescentes par l'acide nitrique ; enfin, elles reprirent leur premier caractère, et furent de nouveau coagulables. Le malade mourut trois jours après la dernière ponction.

Autopsie. — Accumulation dans l'abdomen d'une grande quantité de sérosité limpide et très-albumineuse, et semblable à celle des ponctions ; coloration brune du péritoine pariétal et viscéral ; rate très-développée : elle a 22 centimètres de longueur, 12 de largeur et 4 d'épaisseur, et son tissu est très-résistant. Les reins sont notablement altérés ; ils sont volumineux, et leur substance corticale, ainsi que ses prolongements intérieurs, sont transformés en une substance jaune et comme graisseuse. L'urine contenue dans la vessie n'est point effervescente, mais coagulable seulement par la chaleur. Enfin, les altérations que l'on aperçoit à la surface interne de l'estomac et des intestins, mais surtout des dernières parties du gros intestin, indiquent qu'elle a été le siége d'une inflammation chronique.

Ici, on voit un homme qui, pendant assez longtemps, a été atteint d'une fièvre intermittente sous différents types, et à laquelle a succédé une hydropisie presque générale. Chez ce malade, les urines, qui étaient acides, albumineuses et coagulables, sont devenues alcalines et effervescentes, et elles

un très-grand développement anormal de la rate, lésion qui est presque toujours la suite des fièvres d'accès prolongées, et en même temps une notable altération des reins, accompagnée d'épanchements séreux, et telle qu'on la remarque le plus souvent dans la maladie de Bright.

On a déjà avancé que l'effervescence de l'urine par l'action d'un acide est un signe certain d'une mort qui peut être très-prochaine, mais qui, dans aucun cas, ne peut jamais se faire attendre au delà de quelques mois. Quoique cette assertion ait été démentie, je puis assurer aujourd'hui que l'effervescence de l'urine, lorsqu'elle s'est présentée, et quel que fût le genre de maladie où elle se développa, que l'urine fût ou non d'abord coagulable, a toujours été pour moi un signe funeste d'une parfaite certitude, qui constamment a été confirmé un peu plus tôt ou un peu plus tard par l'événement.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et physiologie pathologiques.

Chloroforme (*Sur le — comme moyen anesthésique*); par le Dr J.-Y. Simpson, professeur d'accouchements à l'université d'Édimbourg. — A la suite de nombreuses expériences faites sur divers liquides volatils, tels que le chlorure d'hydrocarbone, l'acétone, l'éther nitrique, la benzine, l'iodoforme, etc., M. Simpson a trouvé enfin un liquide qui l'emporte, suivant lui, sur les diverses espèces d'éther: c'est le *chloroforme*, découvert en 1831 par M. Soubeiran, et dont la composition n'est bien connue que depuis les travaux de M. Dumas. Cet agent, qui est composé de chlore et d'un radical organique appelé *formyle*, au plus haut degré de saturation chlorique ($Fo. Cl^3$.), se présente sous forme d'un liquide incolore, oléagineux, d'une odeur éthérée, agréable, d'une

saveur douceâtre; son poids spécifique est de 1,480; il bout à 60°,8 centigrades. Mêlé avec de l'eau et distillé, il passe, à la distillation, à la température de 57°,3; il ne s'enflamme que très-difficilement, et donne à la flamme d'une bougie une coloration verte. M. Simpson a fait avec ce liquide un très-grand nombre d'expériences, d'abord sur lui-même, puis sur plusieurs opérés, entre autres sur un enfant à qui a été reséquée la plus grande partie du radius, sur un soldat qui a subi une opération autoplastique à la face, sur un jeune homme auquel a été enlevé le gros orteil, enfin sur plusieurs femmes en travail. Voici de quelle manière ce médecin résume lès avantages qu'il a reconnus au chloroforme : 1° Il faut beaucoup moins de chloroforme que d'éther pour produire l'insensibilité; 100 à 120 gouttes de chloroforme et quelquefois moins suffisent ordinairement. «J'ai vu, dit-il, une personne très-robuste devenue complétement insensible après six ou sept inspirations de 30 gouttes de ce liquide.» 2° L'action du chloroforme est beaucoup plus rapide, beaucoup plus complète, et en général plus persistante que celle de l'éther; il suffit presque toujours de 10 à 20 grandes inspirations. Par là, le chirurgien perd moins de temps, et l'on évite ou l'on raccourcit notablement cette période préliminaire d'excitation qui fait partie de l'action de tous les agents narcotiques; les malades n'ont pas non plus autant de tendance à la loquacité et à l'hilarité. 3° La plupart des personnes qui ont essayé comparativement les inhalations de l'éther et celles du chloroforme reconnaissent aux inhalations de ce dernier liquide des propriétés plus agréables et plus actives qu'aux inhalations éthérées. 4° Par suite de la petite quantité de liquide nécessaire, l'usage du chloroforme sera beaucoup plus économique que celui de l'éther, surtout lorsqu'on aura trouvé un procédé plus simple et plus commode pour l'obtenir. 5° L'odeur du chloroforme est assez agréable, et ne présente pas cette ténacité de l'odeur de l'éther, pas plus qu'elle ne donne à l'haleine l'odeur désagréable de ce dernier liquide. 6° Les appareils du chloroforme seront beaucoup plus transportables que ceux de l'éther sulfurique. 7° On peut du reste se passer d'un instrument spécial, et verser seulement dans la concavité d'une éponge, dans un mouchoir, un cornet de papier, une certaine quantité de ce liquide (5 grammes, terme moyen), que l'on place devant la bouche et les narines de la personne soumise à l'expérience; en une ou deux minutes, l'anesthésie est obtenue. (Communiqué à la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg, le 10 novembre 1847.)

—Dans ce travail, qui sert de préliminaire à un travail plus étendu sur le même sujet que l'auteur se propose de publier, M. Demarquay a étudié les modifications éprouvées par la température animale sous l'influence de certaines opérations ou affections chirurgicales chez les animaux, ainsi que les résultats obtenus par l'administration d'agents toxiques à une assez haute dose. L'auteur a successivement passé en revue les modifications de la température animale : 1° par la douleur, 2° par les hémorrhagies, 3° par la ligature des vaisseaux, 4° par les inflammations, 5° par les étranglements internes, 6° par l'éther et les agents toxiques.

M. Demarquay a constaté que sous l'influence de la douleur il y a augmentation de la température animale, et il s'est de plus assuré que les hémorrhagies promptement mortelles n'amènent que peu ou point de modifications dans la fonction qui nous occupe.

M. Demarquay a lié non-seulement l'aorte et la veine cave inférieure, mais les artères et les veines des membres, et les artères carotides. Le résultat de toutes ces expériences, c'est que la ligature des veines abaisse moins la température que celle des artères; et tandis que la ligature de l'aorte abdominale fait baisser la température d'un assez grand nombre de degrés (8 à 10°) dans quelques heures, la ligature de l'artère fémorale ne donne qu'un abaissement dans la cuisse de un à deux degrés.

Les modifications imprimées à la température par une inflammation locale ont, comme on le sait depuis longtemps, préoccupé les observateurs. Hunter a fait un petit nombre d'expériences pour résoudre le problème ; mais ces expériences sont malheureusement assez peu rigoureuses. Il résulte de celles de M. Demarquay, que toute plaie enflammée donne lieu à une augmentation de la température locale et générale; mais que la température locale, lorsqu'elle est prise dans une partie enflammée loin du centre circulatoire, n'égale jamais la température générale actuelle prise dans le rectum. Il a de plus cherché à apprécier l'influence que la ligature des vaisseaux exerce sur la partie que l'on veut enflammer, ainsi que celle déterminée dans une partie enflammée par la ligature de ces mêmes vaisseaux. Il résulte de ces expériences que la ligature des vaisseaux d'une partie que l'on veut enflammer n'empêche pas la température d'augmenter, et que ces mêmes ligatures,



faites sur une partie enflammée, n'apportent que peu de modification dans sa température actuellement existante.

M. Demarquay a sacrifié un assez grand nombre d'animaux pour déterminer l'influence que les changements internes peuvent avoir au point de vue de la question qui nous occupe. Ces expériences ont démontré que les étranglements internes abaissent promptement la température de l'animal, et que cet abaissement est plus grand quand on a lié une anse intestinale que lorsque l'on a porté une ligature circulairement à celle-ci. Ces expériences montrent en outre que la modification éprouvée dans la température de l'animal est plus grande quand la ligature est portée plus haut, c'est-à-dire plus près de l'estomac.

Ce travail renferme encore l'exposé des expériences faites par l'auteur, en commun avec M. Duméril fils, sur les modifications imprimées à la température animale par l'introduction dans l'organisme d'un certain nombre d'agents toxiques. Les uns amènent assez promptement une augmentation dans la température, tels sont la digitale, la belladone, l'huile de croton et la strychnine; les autres, au contraire, abaissent assez promptement cette même température. Nous signalerons surtout le cyanure de potassium, le sublimé corrosif, l'acide arsénieux, l'émétique, l'hydrochlorate de morphine, l'ammoniaque.

Enfin, nous terminerons l'analyse de ce travail en signalant ce fait intéressant, c'est que l'éthérisation poussée très-loin amène un abaissement notable dans la température animale, et cela à partir du moment où la période d'insensibilité arrive jusqu'à la mort de l'animal. (Thèses de Paris, 1847.)

Oblitérations veineuses (*Sur les — dans la bronchite*); par le Dr E.-L. Ormerod. — Sous ce titre, l'auteur a publié trois observations très-intéressantes que nous allons faire brièvement connaître. La première est relative à un garçon d'écurie âgé de 21 ans, menant une vie assez déréglée, mais bien portant d'ailleurs, à l'exception d'une toux habituelle chaque hiver. Au mois de février, ces accidents du côté de la poitrine prirent une grande intensité, et il entra à l'hôpital Saint-Barthélemy. On constata chez lui l'existence d'une bronchite avec emphysème. Le jour même de son entrée, au milieu de la nuit, il fut pris d'une dyspnée extrême et succomba quelques heures après. A l'autopsie, on trouva, indépendamment d'un emphysème très-étendu et d'une bronchite purulente, un

caillot résistant et bien organisé dans une des *veines pulmonaires*.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une veuve de 37 ans, menant une existence très-régulière, mais toussant tous les hivers. Vers le commencement de janvier, les jambes commencèrent à enfler, et l'œdème gagna peu à peu jusqu'aux cuisses. Plus tard, il survint une ascite. Elle succomba le 8 février, seize jours après son entrée à l'hôpital Saint-Barthélemy, suffoquée en quelque sorte par l'abondance de la sécrétion bronchique. Comme chez le précédent malade, on trouva de l'emphysème, une bronchite; mais en outre un œdème du poumon, de petits caillots libres et de couleur blanche dans les *veines superficielles du côté droit du cou*; enfin dans la *veine jugulaire interne* du même côté un caillot volumineux et adhérent, mais composé de plusieurs petits caillots placés les uns au-dessus des autres, et s'étendant de la veine innominée à la base du crâne.

La troisième observation renferme l'histoire d'une femme de 26 ans, affectée de palpitations de cœur, conséquence d'un rhumatisme, et qui, à la suite d'un accouchement, fut prise d'une anasarque générale et d'une bronchite étendue avec emphysème. Elle succomba dans un épuisement graduel. On trouva chez elle un épanchement très-abondant dans la plèvre gauche, de l'emphysème du poumon droit, le cœur volumineux et la valvule mitrale épaissie à son bord libre, la *sous-clavière* et la *veine jugulaire gauches* distendues par des caillots fibrineux d'ancienne date.

Nous ferons remarquer, relativement à la première observation, qu'elle offre un exemple analogue à ces oblitérations de l'artère pulmonaire sur lesquelles les travaux de M. Baron et plus récemment de M. Paget ont jeté un grand jour. Quant aux deux autres, elles montrent avec quelle facilité le sang se coagule dans les veines voisines du centre circulatoire, dans les cas où la gêne de la respiration est extrême et la circulation embarrassée. C'est là un phénomène tout à fait analogue à celui qui s'accomplit dans les veines fémorales chez les phthisiques. (*The Lancet*, mai 1847.)

Pulsations veineuses du membre supérieur (*Obs. de*); par le Dr H. Marsh. — Une femme âgée de 28 ans est entrée à l'hôpital Steevens, le 13 mai 1846, pour une affection particulière des veines du membre supérieur. Cette femme, d'une bonne santé habituelle et d'une bonne constitution, avait remarqué que, depuis son enfance, les veines du membre supérieur droit étaient plus volumineuses et plus dilatées que celles du côté opposé. C'est

depuis un an et demi seulement qu'elle s'est aperçue de battements dans le membre affecté. Ces battements, qui d'abord ne survenaient qu'à la suite d'exercices violents, et qui étaient accompagnés d'engourdissement et d'élancements, ne tardèrent pas à devenir continuels. Quand elle entra à l'hôpital, elle était dans l'état suivant : toutes les veines superficielles du bras et de la main droite étaient considérablement dilatées ; celles de la paume de la main fortement gonflées, et repliées sur elles-mêmes au centre de cette partie ; les veines du dos de la main fortement contournées et variqueuses dans certains points ; le petit doigt et le doigt annulaire tellement tuméfiés et si déformés par la dilatation des veines, qu'on eût pu croire à un anévrysme par anastomose. Un peu au-dessus du point où l'artère axillaire prend le nom de brachiale, c'est-à-dire un peu au-dessus du bord inférieur du tendon du grand dorsal, cette artère se dilatait brusquement et quadruplait au moins de volume. La dilatation occupait toute la circonférence, et s'étendait sur le trajet de l'artère brachiale, dans une étendue de 2 pouces ; son calibre était uniforme ou cylindrique, excepté à la face antérieure et interne, où elle offrait quelque chose d'irrégulier, comme noueux. Au-dessus de cette dilatation, aussi haut qu'on pouvait remonter avec le doigt, l'artère, sans être considérablement dilatée, paraissait plus volumineuse qu'à l'ordinaire, surtout que sa portion correspondante du côté opposé. A 2 pouces au-dessous du commencement de cette dilatation, l'artère se rétrécissait brusquement, au point qu'on eût pu penser qu'une ligature était fortement serrée autour du vaisseau. Immédiatement au-dessous de cette contraction, l'artère recommençait à se dilater, mais non dans toute sa circonférence. A sa surface antérieure et externe, on distinguait une poche ou sac, qui avait quelque chose de la forme et du volume de la moitié d'une aveline. Entre ce sac et le vaisseau, il y avait une communication évidente, puisqu'il était facile de vider le premier par une pression un peu forte. Au-dessous, jusque près de la bifurcation, l'artère reprenait son calibre uniforme, mais toujours plus volumineuse que celle du côté opposé ; toutefois, un peu au-dessus de l'épitrochlée et jusqu'à sa bifurcation, elle se dilatait de nouveau uniformément et avait doublé de volume. De même des artères radiale et cubitale, dont la dilatation était uniforme et générale. A la partie postérieure et interne de l'avant-bras, vers le milieu du cubitus, on distinguait une tumeur molle, compressible, légèrement pulsatile, ayant environ la moitié du volume d'une noix ordinaire.

Dans la paume de la main, immédiatement au-dessous de l'os pisiforme, autre tumeur pulsatile, mal circonscrite, ressemblant à un anévrysme par anastomose. Au-dessous de la précédente, et au niveau de l'extrémité de l'espace interosseux compris entre l'index et le médius, une autre tumeur de même nature, un peu moins considérable et moins pulsatile. On distinguait visiblement des battements au-dessus du sternum, le long des artères brachiale, radiale et cubitale, dans la tumeur de la partie postérieure de l'avant-bras et dans celle de la paume de la main. Pas de battements visibles dans les carotides ni dans les tumeurs du petit doigt et de l'annulaire. En pressant sur l'artère axillaire, tous ces battements cessaient immédiatement. Frémissement bien marqué sur le trajet de l'artère brachiale, moins distinct sur le trajet des artères radiale et cubitale; espèce de frémissement vibratoire dans les tumeurs de la paume de la main. En appliquant le stéthoscope immédiatement au-dessous de l'extrémité acromiale de la clavicule, on percevait un murmure continu des plus intenses, qui se renforçait à chaque systole ventriculaire; en rapprochant le stéthoscope du sternum, ce murmure devenait de moins en moins sensible; rien de particulier vers cet os. Les bruits du cœur parfaitement normaux. Bruit de soufflet très-sensible sur tout le trajet des artères brachiale, radiale et cubitale; espèce de bruit de souffle placentaire dans les diverses tumeurs pulsatiles; rien d'anormal dans les autres vaisseaux du corps. Le pouls, à 72, était beaucoup plus plein et un peu plus fort du côté malade que du côté sain. La température du membre affecté était plus élevée de plusieurs degrés que celle du membre opposé; du reste, elle variait notablement suivant les circonstances, et augmentait sous l'influence de toutes les causes qui accélèrent les battements du cœur. C'était cette chaleur anormale, jointe à des élancements et à des battements dans le bras, qui formait les principaux symptômes dont cette malade se plaignait. Pendant deux mois, elle fut soumise aux traitements les plus variés : repos, sédatifs, réfrigérants, compression méthodique, rien ne réussit. Ce dont la malade se trouvait le mieux était les applications froides sur le membre. Elle sortit de l'hôpital dans le même état qu'elle y était entrée. (*Dublin quarterly journal*, février 1847.)

Anévrysme de l'artère basilaire; obs. par M. Ruschenberger. — Un homme de 47 ans entra à l'hôpital, le 24 mai 1845, affecté d'une paralysie qui remontait à deux ans au moins. On manquait

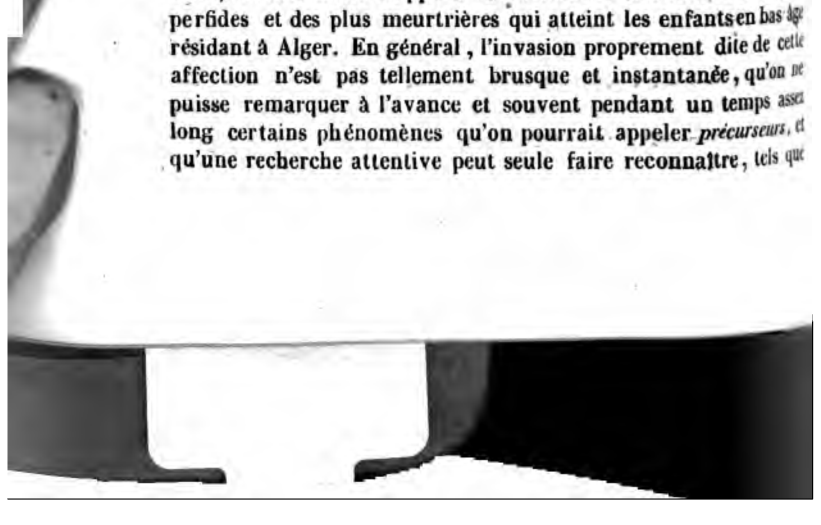
de renseignements sur l'époque et les circonstances de son début. On se rappelait seulement avoir vu, quelques mois avant son admission, cet homme, très-grand mangeur, paralysé du côté gauche, s'appuyer sur un bâton avec la main droite, qui tremblait continuellement. Il était entièrement privé de mouvement et de sentiment dans la moitié gauche du corps, la paupière supérieure tombait, il parlait difficilement, l'évacuation des matières fécales était involontaire; il avait de la peine à avaler, et faillit une fois s'étrangler avec un morceau volumineux; la langue se déviait un peu à gauche. Après un séjour de près de deux mois, pendant lesquels on essaya inutilement l'administration de quelques agents stimulants, il succomba le 14 juillet.

Autopsie.—Cerveau un peu ramolli. Une pinte et demie environ de sérosité dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien ou dans les ventricules. Immédiatement au-dessus des apophyses clinoïdes postérieures, on trouva une dilatation anévrysmale de l'artère basilaire, du volume d'un œuf de pigeon, qui pressait sur le pont de Varole. Ce sac contenait un caillot sanguin, irrégulier, dur et sec, entouré d'un liquide rouge, ayant la consistance du pus. L'ouverture de communication avec l'artère était très-distincte. Les artères vertébrales entraient dans la partie inférieure de la tumeur. Une extravasation du sang, par la rupture du sac, avait eu lieu dans la substance du pont de Varole, qui était très-ramollie et de couleur noirâtre. (*American journal of med.*, avril 1846.)

Nous engageons nos lecteurs à rapprocher cette observation des deux autres, que nous avons publiées dans ces derniers temps (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, tome V, p. 360, et tome XII, p. 482).

Pathologie et thérapeutique médico-chirurgicales.

Fièvre pernicieuse (*De la — chez les enfants à la mamelle, et en particulier chez ceux qui se trouvent à l'époque de la première dentition*); par le Dr Semanas, médecin à Alger. — Dans ce travail, l'auteur a voulu appeler l'attention sur une affection des plus perfides et des plus meurtrières qui atteint les enfants en bas âge résidant à Alger. En général, l'invasion proprement dite de cette affection n'est pas tellement brusque et instantanée, qu'on ne puisse remarquer à l'avance et souvent pendant un temps assez long certains phénomènes qu'on pourrait appeler *précurseurs*, et qu'une recherche attentive peut seule faire reconnaître, tels que



une certaine inquiétude ou agitation momentanée chez l'enfant, un sommeil agité, fréquemment interrompu, et suivi de légers soubresauts des membres et du tronc, un peu moins d'ardeur pour prendre le sein, quelques troubles des fonctions digestives, une petite toux, une élévation de la température de la peau légère et fugace, se manifestant surtout pendant la nuit, et durant plusieurs jours et quelquefois plusieurs semaines, etc. D'autres fois, et ces cas, pour être moins communs que les précédents, ne sont pourtant pas rares, ces phénomènes dits *précurseurs* manquent complétement, et l'affection pernicieuse atteint tout d'abord et du premier coup un haut degré de gravité. Dans ces deux circonstances, voilà les symptômes que le médecin est appelé à constater : décubitus dorsal tantôt immobile, tantôt agité; yeux fermés; face ordinairement pâle, quelquefois rouge, surtout vers les joues. Si, dans cette situation, on appelle le petit malade ou qu'on le secoue une fois brusquement, celui-ci se réveille comme en sursaut, entr'ouvre les yeux, agite la tête et les membres, pousse quelques cris, puis se rendort, immobile comme devant. Le plus souvent, dans les premières heures, ce collapsus général suivi d'assoupissement, loin d'être immédiatement continuel, est fréquemment interrompu par des instants de calme parfait. Ce calme est éminemment trompeur, et sa durée devient de moins en moins longue. La respiration est encore régulière et facile, la soif peu marquée, la chaleur naturelle, excepté vers la tête et vers le front, où elle est sèche. Dix à douze heures plus tard, l'assoupissement est continuel; membres tantôt immobiles, tantôt agités, ou mouvements comme automatiques; yeux fermés ou entr'ouverts, mais toujours sans expression ou fortement convulsés en haut; langue de plus en plus saburrale, un peu sèche, ou d'autres fois seulement très-rouge; soif très-vive, vomissements, ballonnement du ventre, selles diarrhéiques verdâtres; respiration accélérée, tantôt avec un ronflement fréquemment interrompu par des secousses d'une toux grave, fortement muqueuse et comme embarrassée, tantôt pure à l'ouïe et dégagée de râles bien appréciables ou de toux, et cependant accompagnée d'une suffocation extrême; pouls très-rapide, souvent dicrote; châleur brûlante, presque toujours sèche, à part quelques sueurs locales fixées irrégulièrement et le plus souvent au front, autour des yeux ou des ailes du nez, faisant place de temps en temps, et pour un temps fort court, à un refroidissement de tout le corps et en particulier des extrémités. Ces accidents vont en s'aggravant encore pendant douze heures au moins, et vingt-

du coma, soit dans un refroidissement graduel (*mort par extinction nerveuse, sidération*), soit avec des contractions spasmodiques générales ou locales et une gêne extrême de la respiration (*mort par perturbation nerveuse asphyxique*). Pendant les premières années de l'occupation française en Algérie, alors que la science était peu familiarisée encore avec la constitution médicale régnante, rien n'était plus fréquent que de voir des enfants parfaitement bien portants la veille, et qui le lendemain ou le surlendemain n'existaient plus, comme frappés de la foudre. Il n'en est plus de même aujourd'hui, où l'antipériodique est employé de bonne heure et aussitôt l'apparition des premiers symptômes. (*Gazette médicale de Paris*, septembre 1847.)

Myélites spontanées (*Sur les — qui ont régné sporadiquement à Nantes dans les deux dernières années*); par le Dr Marcé. — Depuis le mois d'octobre 1845, on a observé dans la ville de Nantes un assez grand nombre de myélites aiguës spontanées, non pas assez nombreuses pour constituer une épidémie, mais se succédant à de si courts intervalles qu'on pouvait jusqu'à un certain point les rattacher à une de ces constitutions médicales intercurrentes, intermédiaires entre les affections habituelles d'une localité et celles qui sont décidément épidémiques. Ces myélites offraient quatre formes principales : la 1re, caractérisée par une paralysie générale de tout le système musculaire, recevant l'innervation de la moelle (peut-être les cordons antérieurs de la moelle étaient-ils plus particulièrement intéressés). La 2e, dans laquelle il y avait à la fois paralysie de certaines sections du système musculaire et de certaines sections des appareils sensitifs (sens du tact et de la vue). Il est probable que les cordons antérieurs et postérieurs étaient simultanément affectés, et sans doute aussi la région supérieure de la moelle, celle qui avoisine le bulbe rachidien, dans les cas d'anesthésie du sens du toucher et d'amaurose. La 3e, dans laquelle, à la paralysie musculaire caractéristique, qui ne durait que quelques jours, succédait brusquement un rhumatisme articulaire. Enfin, la 4e, ou myélite purement paraplégique, avec intégrité des mouvements et de la sensibilité des membres supérieurs, s'accompagnant en général de lombago, de paralysie plus ou moins complète du rectum et de la vessie, avec peu ou point de fièvre. Quelle que fût sa forme, la myélite exista toujours, indépendamment de symptômes cérébraux proprement dits. L'exi-



les symptômes, mais aussi par la nature même des lésions cadavériques. Dans la seule autopsie qui ait pu être faite, la moelle spinale fut trouvée ramollie dans toute sa longueur; de plus, aux régions cervicale et lombaire, entre l'arachnoïde viscérale et la membrane propre de la moelle, on trouva le liquide cérébro-spinal épanché en quantité assez notable pour comprimer, dans ces deux régions, la moelle et les nerfs qui en émanent. Dans deux de ces cas, la paralysie affecta une marche bien différente : dans l'un, elle prédominait vers les muscles et les membres supérieurs; dans l'autre, vers ceux des membres inférieurs. Aussi, dans le premier cas, la douleur, qui occupait toute la longueur de la colonne rachidienne, prédominait-elle avec une intensité toute spéciale vers la nuque et la région dorsale; tandis que, dans le second cas, la région lombaire était le siége des plus vives douleurs. Dans ces deux cas, les malades furent pris de suffocation, sous la double influence d'une bronchite coïncidente et de la propagation de la paralysie aux muscles respirateurs. Dans le cas où la paralysie prédomina dans la moitié supérieure du corps, l'impuissance des muscles respirateurs se manifesta dès les premiers jours de la maladie, et entraîna immédiatement la suffocation et la mort; tandis que, dans le cas avec prédominance de la paraplégie, la suffocation ne fut mortelle que plus tard. Dans ces deux cas, la paralysie musculaire fut précédée et accompagnée de vives douleurs le long de la colonne vertébrale, dans les lombes, dans tous les membres, douleurs qui reproduisaient au plus haut degré et avec la plus parfaite similitude la courbature profonde, le brisement des membres du début des maladies fébriles graves. Les diverses sections du système musculaire ne furent pas toutes subitement et instantanément frappées : les muscles volontaires le furent les premiers; puis, en seconde ligne, ceux qui, parfois instruments de la volonté, sont plus particulièrement soumis à l'influence de l'instinct (les muscles de l'anus, de la vessie, de la respiration, du larynx et de la glotte). Dans deux cas, la fièvre fut aiguë et continue; dans un troisième, elle fut rémittente, et le sulfate de quinine parut avoir un effet curatif; dans un quatrième, elle eut l'apparence d'une fièvre typhoïde à marche lente et équivoque. Dans toutes, la fièvre fut, au début, accompagnée de brisement des forces, d'endolorissement des membres, de courbature générale et profonde. La maladie reconnaissait généralement pour cause une suppression de transpiration. Toutes ces myélites furent

graves et mortelles dans la proportion d'un sur deux; les moyens de traitement les plus énergiques demeurèrent sans résultat. (*Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure*, 1846 et 1847.)

Névralgies (*Traitement des — par la cautérisation transcurrente*); par M. A. Notta, interne des hôpitaux. — Dans ce travail, l'auteur s'est proposé d'appeler l'attention sur l'emploi du cautère actuel dans le traitement des névralgies, tel qu'il est appliqué par M. Valleix à l'hôtel-Dieu annexe. Le nombre des faits qu'il a rassemblés est de 13. Sur ce nombre, 2 malades étaient affectés de névralgie dorso-intercostale, 10 de névralgie sciatique, 1 seul de névralgie trifaciale et sous-occipitale; 6 de ces malades avaient de 30 à 39 ans, 6 de 47 à 50, 1 seul avait 18 ans. La moitié des malades avait une constitution forte et robuste; l'autre moitié était affaiblie par la misère et les privations; 2 étaient porteurs d'affections organiques. La maladie datait de deux à trois semaines dans 4 cas, de deux à cinq mois dans 4 autres, de huit à dix mois dans 3 cas, et dans 2 seulement, de deux à quatre ans. Tous les malades présentaient des symptômes de névralgie parfaitement caractérisés, c'est-à-dire des points névralgiques limités, douloureux à la pression, et des élancements sur les trajets des nerfs. Les douleurs étaient en général vives, et le sommeil plus ou moins troublé. Sur les 10 sujets affectés de sciatique, 6 ne pouvaient ni marcher, ni se tourner dans leurs lits; 4 seulement sur les 13 avaient été traités par des moyens qui n'avaient amené qu'un soulagement nul ou momentané. Dans tous ces cas, la cautérisation a été employée de la manière suivante: Le malade placé dans une position convenable, et la ligne que doit parcourir le fer rouge tracée à l'encre (circonstance importante pour les régions où la cautérisation demande une grande précision, à la face, par exemple), on commence les inhalations éthérées; dès que l'insensibilité est complète, on trace rapidement avec le cautère cultellaire, rougi à blanc, sur le trajet du nerf, une ou plusieurs raies, en ayant la précaution de faire contenir le malade, pour éviter les mouvements involontaires auxquels il pourrait se livrer. La cautérisation achevée, on applique des compresses imbibées d'eau fraîche sur le trajet de la raie de feu. Le cautère, en parcourant la surface de la peau, y dessine des lignes brunâtres, produites par la désorganisation de l'épiderme. Le lendemain, les raies ont une teinte plus uniforme, d'un rouge brun obscur; elles sont sèches.

surlendemain on voit, le long des deux bords de la raie de feu, un petit liseré rouge dont la largeur varie. Les jours suivants, la chaleur et la tension de la peau se dissipent, et après cinq ou six jours, l'épiderme, ou plutôt une croûte brunâtre qui s'est formée, tombe sans suppuration, laissant une surface rouge, lisse, unie, dont la trace s'efface complétement à la longue.

Relativement aux effets de la cautérisation transcurrente, le plus remarquable a été la rapidité avec laquelle est survenu un notable soulagement. Cinq ou six heures après, les mouvements étaient devenus possibles, et la nuit suivante le sommeil avait reparu ; en 24 ou 48 heures, les élancements avaient complétement cessé. Quant aux douleurs déterminées par les mouvements et par la pression, il était assez difficile de constater leur disparition avant que la raie de feu cessât d'être douloureuse ; cependant, en les examinant avec soin, on put se convaincre que, dans 8 cas de sciatique, ces deux sortes de douleur s'étaient peu à peu dissipées en 2 ou 4 jours, et dans 5 cas, dont 2 de sciatique, 2 névralgies intercostales, et 1 névralgie trifaciale, il n'y avait plus de douleur au bout de 24 heures. Il est arrivé quelquefois que les douleurs sont restées limitées à un ou plusieurs points, et il a fallu recourir à une nouvelle cautérisation sur ces points. Dans les névralgies très-rebelles, il a fallu poursuivre en quelque sorte la douleur avec le fer rouge, comme on le fait ordinairement avec le vésicatoire. En résumé, sur les 13 malades, 10 (dont 7 affectés de névralgie sciatique, de névralgie intercostale et de névralgie trifaciale) ont été parfaitement guéris, 2 ont été notablement soulagés, et 1 seul n'en a pas retiré de soulagement ; ces 3 derniers étaient affectés de sciatique.

Le nombre des raies de feu employées à chaque cautérisation a été peu considérable : 3 ou 4 pour une névralgie de six à sept nerfs intercostaux, 1 ou 2 au plus pour une névralgie sciatique. Elles ont été appliquées sur les trajets des nerfs et dans toute l'étendue où ils présentaient des points douloureux, en ayant soin de faire passer le cautère par le plus grand nombre de ces points, tout en évitant cependant de faire s'entre-croiser les raies de feu ; car, dans le point de l'entre-croisement, il y aurait formation d'une eschare, suppuration et cicatrice indélébile.

Voici de quelle manière l'auteur résume les avantages de cette méthode sur le vésicatoire. L'application moins souvent répétée,

puisque dans un peu plus des deux tiers des cas une seule a suffi; douleur beaucoup moindre, puisque le malade était éthérisé; efficacité plus grande, puisque des névralgies qui avaient résisté aux vésicatoires ont été enlevées par le cautère actuel; enfin, guérison plus rapide : tels sont, dit-il, les titres qui assurent à la cautérisation transcurrente une supériorité incontestable sur le vésicatoire. (*L'Union médicale*, octobre 1847.)

Ulcérations du col de l'utérus (*Sur les — pendant la grossesse*); par le Dr Henri Bennet. — Voici les conclusions que l'auteur a déduites de huit observations qui ont passé sous ses yeux :

1° Les ulcérations inflammatoires du col de l'utérus sont assez communes pendant la grossesse, quoiqu'elles n'aient pas été signalées par les accoucheurs et par les divers auteurs qui ont écrit sur les maladies des femmes.

2° Lorsque cette maladie existe pendant la grossesse, ses symptômes sont les mêmes que dans l'état de vacuité; seulement, ils sont rendus plus obscurs et plus ou moins modifiés par la gestation.

3° Ces ulcérations sont une cause fréquente de troubles de la santé pendant la grossesse ou d'accouchements laborieux; c'est aussi une des causes les plus fréquentes de l'avortement dans les premiers mois et vers la fin de la grossesse. Elles peuvent déterminer l'avortement soit directement et en vertu d'une action réflexe, soit indirectement en occasionnant une maladie de l'œuf ou du placenta, ou en déterminant une hémorrhagie utérine.

4° L'examen du speculum est absolument nécessaire dans ce cas, et n'a aucune influence fâcheuse ni pour la mère ni pour l'enfant.

5° Le traitement de cette forme d'inflammation utérine doit être institué sur les mêmes règles que s'il s'agissait d'ulcération dans les cas de vacuité. Ce traitement a pour résultat de préserver la vie de l'enfant et de conduire la grossesse jusqu'à terme, de même qu'il amène la guérison des ulcérations.

6° On peut dire, d'une manière générale, que les ulcérations sont la cause de ces fausses-couches répétées et successives qui empêchent quelques femmes de porter leurs enfants à terme. C'est en guérissant ces ulcérations que l'on peut espérer mener la grossesse jusqu'à la fin.

7° Les symptômes graves d'inflammation et d'hémorrhagie qui succèdent quelquefois aux avortements reconnaissent, en gé-

néral, pour cause une inflammation et des ulcérations méconnues du col de l'utérus. On reconnaît souvent que la maladie existait avant l'avortement et qu'elle l'a déterminé. La même remarque s'applique à ces cas dans lesquels les symptômes que nous venons de mentionner précèdent et suivent le travail de l'accouchement; car il ne faut pas croire que les ulcérations du col amènent nécessairement l'avortement.

8° Bien que l'ulcération du col soit, en général, une cause de stérilité, on observe néanmoins d'assez fréquentes exceptions à cette règle. Chez quelques femmes, l'imprégnation est, en effet, si facile, que les maladies utérines les plus graves n'y mettent pas obstacle. (*The Lancet*, décembre 1846.)

Dysménorrhée (*Sur la nature de l'espèce de membrane qui est quelquefois chassée de l'utérus pendant le cours de la* —); par le Dr J.-Y. Simpson, professeur d'accouchements à l'Université d'Edimbourg. — On sait que, dans certains cas de dysménorrhée, les femmes rendent avec de vives douleurs, et pendant le cours des règles, une membrane organisée; on sait aussi que cet accident se montre tantôt à des intervalles considérables, tantôt, et le plus souvent, pendant une longue série de périodes menstruelles. Tous les auteurs qui ont émis une opinion relativement à la nature de la membrane dysménorrhéique, Churchill (*Diseases of females*, p. 102), Montgomery (*Signs of pregnancy*, p. 147), Copland (*Dictionary of pract. med.*, t. II, p. 844), Rigby (*Essay on dismenorrhœa*, p. 39), s'accordent à regarder cette membrane comme un tissu morbide, résultant de l'exsudation de lymphe coagulable ou de fibrine, à la face interne de la membrane muqueuse de l'utérus. Telle n'est pas l'opinion de M. Simpson : et les observations qu'il a été à portée de faire depuis deux ou trois ans l'ont conduit à ce résultat, que ces membranes ne sont pas un produit de sécrétion, mais bien la membrane muqueuse de l'utérus elle-même, hypertrophiée et détachée du reste de l'organe. Voici sur quoi il base son opinion: 1° la membrane dysménorrhéique présente des particularités anatomiques qu'on ne retrouve jamais dans les exsudations simplement fibrineuses ou inflammatoires. Ainsi, cette membrane est percée de nombreux petits trous correspondant aux cryptes ou aux follicules qui ont été décrits dans la membrane interne de l'utérus par Reid, par Krauss, etc.; 2° cette membrane, toutes les fois qu'elle n'est pas déchirée au moment de l'expulsion, présente exactement la forme de la cavité utérine: elle est creusée à l'inté-

de l'utérus; à l'extérieur, elle est rugueuse et floconneuse, ce qui indique la déchirure du tissu utérin; 3° elle présente les plus grands rapports avec la membrane caduque; et tous les plus grands anatomistes de nos jours s'accordent à reconnaître, avec Sharpey, Weber, Goodsir, que la membrane caduque n'est pas une fausse membrane formée dans l'utérus après la conception, mais seulement la membrane muqueuse normale hypertrophiée avec ses cryptes muqueux ou follicules augmentés de volume, et les cellules du tissu interstitiel fortement développé et plus nombreuses qu'à l'ordinaire. Il est vrai que, dans la membrane dysménorrhéique, les follicules muqueux ou les cryptes ne sont peut-être pas aussi développés que dans la membrane caduque; mais, sous tous les autres rapports, l'identité est parfaite, même au microscope. Ainsi voilà un nouveau fait à rapprocher de ceux que la physiologie a déjà fait connaître, relativement à l'exfoliation de l'épithélium de la membrane muqueuse de divers organes; seulement cette exfoliation s'opère le plus souvent d'une manière constante et normale pendant l'accomplissement de certaines fonctions des organes, pour l'estomac, par exemple, pendant la digestion; tandis que, dans le cas particulier dont il s'agit, c'est un travail d'exfoliation qui a lieu dans des circonstances anormales. (*Monthly journal of med.*, septembre 1846.)

Rétraction de la main et des doigts (*Obs. de — consécutive à une fracture du radius; section des tendons fléchisseurs, restauration de la forme et des fonctions de la main*); par le Dr Gorré, chirurgien en chef de l'hospice de Boulogne-sur-Mer. — Un enfant de 7 ans et demi se cassa le radius droit à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, dans une chute sur la paume de la main; on lui appliqua l'appareil ordinaire des fractures de l'avant-bras, et on le maintint pendant six semaines; mais l'appareil était trop serré, et lorsqu'on l'enleva, on reconnut, à la face palmaire de l'avant-bras, une ulcération superficielle, et un état de flexion permanente de la main et des doigts, à l'exception du pouce. Quatre mois après, la main était fléchie angulairement sur l'avant-bras, et dirigée dans le sens de l'adduction. L'index, le médius, l'annulaire et l'auriculaire, fléchis dans leurs articulations, étaient enfoncés vers la paume de la main; le pouce seul avait conservé

sa direction normale et ses usages; la main était constamment fermée, et ne pouvait servir à aucun des besoins de la vie. Dans ces circonstances, l'auteur se décida à pratiquer au poignet la section des muscles rétractés; il fit porter la main, autant que possible, dans l'abduction, et fit saillir, à la face palmaire de l'avant-bras, les trois tendons du cubital antérieur et des deux palmaires, qui tous trois furent coupés avec le ténotome, à l'aide d'une ponction isolée pour chacun d'eux, et à des niveaux différents. La main s'étendit aussitôt sur l'avant-bras, et reprit à peu près sa position normale; elle fut assujettie par une double attelle dorso-palmaire, s'étendant un peu au-dessous de l'articulation radio-carpienne, et par une attelle radiale, dont elle était séparée par un coussinet épais, et vers laquelle elle se trouvait ramenée par quelques tours de bande. Six jours après, M. Gorré divisa le fléchisseur sublime au poignet; cette opération eut pour résultat immédiat un léger abaissement des deux premières phalanges. Cinq jours après, il coupa, au niveau des deuxièmes phalanges, les quatre tendons du fléchisseur profond, lequel représentait à chaque doigt une corde parfaitement tendue et isolée. Aussitôt la section achevée, les phalangettes, qui étaient fléchies à manière de crochet sur les phalangines, devinrent flasques et mobiles; un tampon d'ouate fut placé dans la paume de la main, et les doigts furent maintenus fléchis, à l'aide d'un bandage dextriné. Lorsque ce bandage fut enlevé, quinze jours après, l'enfant n'exécutait que de très-faibles mouvements des doigts; le bras fut mis en écharpe, et le petit malade retourna dans sa famille. Un mois après, la main, toujours un peu inclinée vers le bord cubital, se fléchissait et s'étendait avec aisance; les doigts avaient leur mouvement à peu près normal, dans les articulations du métacarpe avec les premières phalanges, dans celles des premières et deuxièmes; les mouvements étaient obscurs et bornés dans les articulations des deuxièmes et troisièmes. Cependant l'enfant maniait assez bien sa cuiller et sa fourchette, et saluait, en saisissant avec sa main opérée le rebord de sa casquette. Sept mois après, la direction de la main était à peu près normale; les doigts ne pouvaient s'étendre qu'incomplétement; les deuxièmes phalanges étaient légèrement fléchies sur les premières, les troisièmes sur les secondes. Les articulations métacarpo-phalangiennes et phalango-phalanginiennes se fléchissaient complétement, mais l'extension était un peu bornée. Toutefois, l'enfant jouait à la toupie, mettait en mouvement une brouette, pouvait ramasser une épingle par terre; bref, sa main lui rendait

à peu près tous les services d'une main bien conformée. Huit mois après, il était à peine possible de distinguer la main opérée; seulement elle était encore un peu portée dans l'adduction, et les doigts n'étaient pas susceptibles d'une extension complète. (*Gazette médicale de Paris*, novembre 1847.)

Obstétrique.

Auscultation obstétricale (*Sur l'*), par le Dr A. L. M'Clintock, professeur d'accouchements à l'École de médecine de Park-street, à Dublin. — Voici les conclusions de ce travail, qui est fort étendu :

1° Toutes les fois que le fœtus est vivant, on peut toujours reconnaître les bruits du cœur, à quelque période du travail que ce soit, pourvu que l'on ait l'habitude de l'auscultation obstétricale.

2° La détermination du point précis de l'abdomen, au niveau duquel on entend les bruits de cœur du fœtus, peuvent servir à fixer la position que l'enfant occupe dans l'utérus; mais on ne doit jamais se fier à ce signe seul, et négliger le toucher.

3° Dans les présentations de l'extrémité inférieure de l'ovoïde fœtal, siége, pieds ou genoux, le cœur du fœtus se perçoit ordinairement plus distinctement dans le voisinage de l'ombilic de la mère.

4° La présence de jumeaux dans l'intérieur de l'utérus ne peut être déterminée que par le défaut d'isochronisme des battements des deux cœurs, et non pas seulement par la position différente que ces deux organes paraissent occuper.

5° Si, dans le cours d'un travail difficile et laborieux, les bruits du cœur du fœtus deviennent peu à peu, de clairs et distincts qu'ils étaient, faibles et obscurs, et s'ils finissent par n'être plus entendus, dans des circonstances qui ne paraissent pas prêter à l'erreur, on est autorisé à considérer l'absence de ces bruits comme un signe positif de la mort de l'enfant, pourvu cependant qu'on ait fait un nombre suffisant d'examens.

6° Dans les cas où l'on administre le seigle ergoté pour accélérer le travail, l'auscultation du cœur du fœtus est le seul mode de détermination possible de l'influence fâcheuse que le médicament commence à exercer sur l'enfant. C'est par conséquent l'auscultation seule qu'il faut consulter, pour savoir si l'art doit intervenir ou non.

7° Dans les cas qui simulent la rupture de l'utérus, la
tance des bruits du cœur doit éloigner l'idée de la possibilit
accident; et plus on percevra ces bruits à une époque éloig
celle à laquelle se sont montrés des symptômes graves, p
sera autorisé à conclure que cette rupture n'existe pas; tan
d'un autre côté, la cessation brusque et subite des pulsatio
tales que l'on avait perçues quelques instants auparavai
firme les autres symptômes qui annoncent la déchirure de l'
utérin.

8° Si après une attaque d'éclampsie survenue au septièm
huitième mois de la grossesse, le travail ne survient pa
manière immédiate, on pourra porter le pronostic d'aprè
du fœtus : s'il est vivant, tout fait croire que la gestation a
à son terme, à moins de convulsions nouvelles; tandis que
mort, il est infiniment probable que l'expulsion en aura
dix à quatorze jours après l'attaque.

9° Le souffle placentaire ne peut fournir aucun renseig
certain sur l'état du fœtus.

10° Dans les cas d'hémorrhagie avant l'accouchement, l
du bruit placentaire pourra donner des indications utiles su
plantation du placenta, et établir par suite si l'hémorrha
accidentelle, ou si elle est de celles que rien ne peut arrêter

11° L'auscultation du cœur chez les enfants mort-nés fait
tre l'état de la vitalité de l'enfant beaucoup plus exactem
toute autre méthode de recherche. On doit par suite y r
dans tous les cas de cette espèce. (*Dublin quarterly journal o*
août 1847.)



BULLETIN.

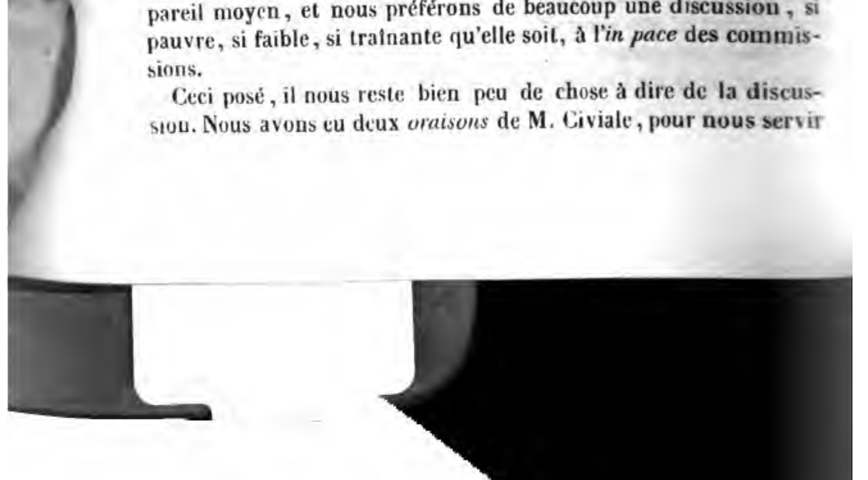
TRAVAUX ACADÉMIQUES.

I. *Académie de médecine.*

Discussion sur la taille et la lithotritie. — Instruction pour les médecins sanitaires envoyés en Orient. — Marais salants. — Emploi thérapeutique des eaux mères des salines. — État des urines dans la fièvre typhoïde. — Désarticulation coxo-fémorale. — Anévrysme du tronc brachio-céphalique opéré par la méthode de Brasdor. — Monstruosité humaine. — Rupture spontanée de la rate dans la fièvre typhoïde. — Articulation artificielle pratiquée pour un cas d'ankylose coxo-fémorale. — Rétrécissement du col de l'utérus considéré comme cause de la dysménorrhée et de la stérilité chez la femme. — Le chloroforme.

L'académie en a fini le mois dernier avec le taille et la lithotritie. La discussion, après s'être traînée pendant les quatre séances supplémentaires, s'est éteinte faute d'aliments... et aussi faute d'auditeurs. Depuis longtemps, peut-être, on n'avait vu à l'Académie une discussion aussi impatiemment attendue répondre aussi peu à l'attente générale et fixer aussi peu l'attention du public médical. Hélas! à qui la faute? si ce n'est aux honorables membres qui ont pris part à la discussion, et qui, au lieu de resserrer le champ de la lutte dans les limites du raisonnable et du possible, se sont pris à soulever des questions ou trop nombreuses ou trop abstraites, et de là parfaitement insolubles. Si nous sommes d'accord sur ce point avec M. le professeur Bouillaud, nous ne pouvons approuver la proposition qu'il a faite de renvoyer à une commission d'enquête, à une espèce de jury, les questions graves de pratique médicale ou chirurgicale qui pourront surgir à l'avenir. Nous savons trop ce que sont les commissions, et ce que deviennent les rapports qui leur sont confiés, pour avoir confiance en un pareil moyen, et nous préférons de beaucoup une discussion, si pauvre, si faible, si traînante qu'elle soit, à l'*in pace* des commissions.

Ceci posé, il nous reste bien peu de chose à dire de la discussion. Nous avons eu deux *oraisons* de M. Civiale, pour nous servir



de son expression favorite, et quelles *oraisons!* L'une scientifique: nous n'en dirons rien, puisqu'elle ne contient rien de nouveau; l'autre toute de personnalités et de choses désagréables à l'endroit de ses collègues: nous en parlerons encore moins. Nous avons eu un second discours de M. Velpeau, qui, avec toute la bonne volonté possible, ne pouvait, dans l'état des choses, nous dire que ce que nous avions déjà entendu dans son dernier discours. Nous avons également entendu M. Roux, qui a repris la question de la taille et du choix à faire entre les diverses méthodes de lithotomie. Puis est venu M. Rochoux. On sait que l'honorable académicien est un peu sur le pied de dire son fait à tout le monde: aussi cela nous a-t-il valu une spirituelle harangue. M. Rochoux, dès 1835, avait compris tout l'avenir de la lithotritie. Comment, disait-il à cette époque aux adversaires de la lithotritie, un homme capable de lier deux idées n'aimera-t-il pas mieux se laisser passer une grosse sonde dans le canal de l'urèthre que d'avoir le périnée traversé jusqu'à la vessie par le lithotome, de se sentir farfouiller dans cet organe avec de dures tenettes, et enfin d'éprouver le déchirement, la contusion inévitable de l'extraction de tout calcul volumineux. Le public a compris, et trop bien compris, peut-être; car on lui a fait aussi, sous ce rapport, des promesses un peu mensongères. Toujours est-il que dès à présent la lithotritie se pratique sur à peu près les $3/4$ des calculeux adultes, et que, avant peu d'années, elle pourra être pratiquée sur les $19/20$. En ce qui touche les enfants, la moitié des enfants calculeux a passé l'âge de 4 ans, et la lithotritie est très-praticable à l'âge de 3 ans. Il en résulte que presque tous les adultes et plus de la moitié des enfants pourront être lithotritiés, et cela dans les circonstances les plus favorables au succès de l'opération, savoir, l'intégrité des voies urinaires, et le peu de volume des calculs. M. Rochoux a fait, au sujet de cette discussion, une remarque qui nous avait déjà frappés, c'est le fractionnement des questions en médicales et en chirurgicales, passé en habitude à l'Académie de médecine, fractionnement tel qu'il n'y a pas d'exemple de chirurgien prenant la parole dans une discussion médicale, et réciproquement. Pour nous, nous n'hésitons pas à nous rallier à l'opinion soutenue par M. Rochoux relativement aux inconvénients de la fraction, convaincu que s'il en était autrement on dégagerait les questions des faits de détails au milieu desquelles on les noie habituellement.

Enfin, M. Amussat a présenté une espèce de compromis entre la taille et la lithotritie. M. Amussat s'est montré jusqu'ici le plus

modéré des lithotriteurs dans la discussion, et tout nous porte à croire que c'est sur les bases proposées par ce chirurgien que pourra s'établir plus tard avec fruit la conciliation des adversaires et des partisans de la lithotritie. Nous reproduisons textuellement les conclusions de son discours : 1° On ne peut pas faire indistinctement la taille ou la lithotritie à son gré, parce que la taille la plus simple est toujours une opération dangereuse. 2° La lithotritie est la méthode générale, et la taille une méthode exceptionnelle. 3° On doit presque toujours essayer la lithotritie, puisque c'est aussi le meilleur moyen d'exploration, et ne recourir à la taille, même chez les enfants, que lorsqu'on a reconnu l'impossibilité de continuer le broiement; dans les cas douteux même, on doit encore essayer la lithotritie. 4° Dans l'état actuel de la science, on ne doit pas pratiquer la taille alors que la lithotritie est indiquée; de même on ne doit pas pratiquer la lithotritie pour un cas de taille. En d'autres termes, lorsqu'un calculeux meurt de la taille pour une petite pierre, on a le droit de blâmer sévèrement le chirurgien. De même aussi, lorsqu'un calculeux meurt de la lithotritie pour une pierre trop grosse ou trop dure, il encourt le même blâme. 5° Il faut donc faire des concessions des deux côtés, c'est-à-dire que les partisans de la taille doivent faire moins de taille et plus de lithotrities, et les partisans de la lithotritie recourir plus souvent à la taille. 6° Enfin l'éthérisation est un puissant auxiliaire de la lithotritie aussi bien que la taille; et avec son secours, on peut espérer d'arriver souvent à résoudre le problème tant désiré, d'éviter la douleur de la lithotritie et de faire l'opération en une seule fois.

Ici s'arrête ce que nous avons à dire de la discussion, mais non des documents qui ont été communiqués sur ce sujet à l'Académie, et qui serviront certainement à éclairer la question actuellement en litige.

Dans le mémoire qu'il a lu devant l'Académie, M. Leroy d'Étiolles a examiné successivement les six questions suivantes : 1° *Les explorations avec les lithotribes sont-elles utiles pour apprécier les conditions dans lesquelles se trouvent les calculs urinaires de la vessie? Ces explorations peuvent-elles être faites sans danger? doivent-elles, sous le rapport de la gravité, être considérées comme des opérations?* 2° *Quels inconvénients sont inhérents à la lithotritie?* 3° *Quelle est l'influence, sur la lithotritie, des conditions dans lesquelles se trouvent les calculs, la vessie, la prostate, l'urèthre et les reins?* 4° *Quelle est l'influence de l'âge sur la taille et la*

lithotritie ? 5° Les tentatives de lithotritie nuisent-elles plus tard aux succès de la cystotomie ? 6° Quelle est l'influence du mode opératoire et de l'opérateur sur les résultats de la lithotritie ? Relativement à la première question, l'auteur se demande quelles conditions physiques des calculs les instruments lithotribes peuvent faire apprécier mieux que la sonde exploratrice; et il n'en trouve aucune: ni le nombre, ni l'aspect extérieur, ni la dureté, ni même le volume. En effet, dans ce dernier cas, le diamètre antéro-postérieur est le seul que le lithotribe puisse indiquer. Or, avec un bout de fil, noué sur la sonde, pour servir de curseur et de repère, on peut arriver à le connaître; la mesure transversale du calcul peut être prise également avec la sonde, au moyen d'un cercle gradué, qui s'y adapte momentanément. La conclusion est que les explorations avec les lithotribes sont très-rarement utiles, et que, sous le rapport de la gravité, elles doivent être assimilées aux opérations. Quant à la deuxième question, M. Leroy reconnaît que la lithotritie expose plus à la récidive que la taille, surtout la taille hypogastrique; que cette récidive peut être accompagnée de l'enchatonnement des fragments; que le catarrhe de la vessie persiste plus fréquemment après la lithotritie; qu'elle peut donner lieu à des rétentions d'urine, par la contusion et les violences exercées sur le col de la vessie par les instruments. Il admet la possibilité de la rupture des lithotribes; il reconnaît que l'engagement des fragments dans l'urèthre constitue un accident grave et assez fréquent; cependant il ajoute que la taille n'est et ne sera jamais que le pis-aller de la lithotritie : la taille est meurtrière pour les vieillards; la lithotritie ne l'est guère plus que pour les adultes. M. Leroy a lithotritié 14 octogénaires; il n'en a perdu que 1 seul; sur 27 septuagénaires, il en a perdu 2. Pour les enfants, il peut y avoir doute et controverse sur le choix de la méthode: toutes deux offrent les mêmes succès, la même somme de dangers. La méthode la plus expéditive est préférable: la lithotritie pour les petites pierres, la taille pour les pierres qui ont plus de 17 à 18 millimètres, et qui nécessiteraient plus de deux à trois séances. Sur 15 enfants calculeux qu'il a rencontrés, 7 ont été taillés, 8 ont été lithotritiés; tous ont guéri : les 8 lithotritiés l'ont été en une ou deux séances. A la question de savoir si les tentatives de lithotritie peuvent nuire plus tard au succès de la taille, M. Leroy répond oui ou non : *oui*, si la taille n'intervient que pour endosser la responsabilité des désordres causés par la lithotritie; *non*, au contraire, si les tentatives de broiement ont montré que le malade

est doué de résistance vitale, et ne porte aucun vice organique latent. M. Leroy a pratiqué la taille sur 9 malades précédemment lithotritiés, dont 6 septuagénaires : 1 seul a succombé.

M. Gaillard, chirurgien en chef de l'hôpital de Poitiers, a adressé à l'Académie un tableau analytique de 27 calculeux qui ont été soumis à ses soins : sur ces 27 calculeux, on compte 23 hommes, 4 femmes ; 21 adultes, et 6 sujets au-dessous de 16 ans. Deux de ces malades étaient dans un état trop grave pour pouvoir subir aucun traitement. Sur les 25 malades traités, il y a eu 16 tailles et 11 lithotrities, ou 27 opérations, parce que deux malades ont d'abord été soumis à la lithotritie puis à la taille ; ces deux derniers ont parfaitement guéri. Sur les 25 malades, on compte 23 guérisons et 2 morts. Tous les lithotritiés ont guéri ; les deux taillés qui sont morts ont succombé, l'un six jours après l'opération, à une suppuration du tissu cellulaire du bassin, l'autre au soixantième jour, par suite d'une bronchite. Ces deux malades étaient dans de mauvaises conditions. Les deux malades auxquels a été pratiquée l'opération secondaire, chez l'un pour un calcul développé autour d'une épingle, chez l'autre pour quelques parcelles d'un fragment de sonde, ont été soumis avec succès aux inhalations éthérées.

— Après la discussion sur la taille et la lithotritie, nous avons eu une discussion sur les *instructions sanitaires* demandées par le ministre du commerce, pour les médecins envoyés en Orient.

Ces instructions sont divisées en deux sections, l'une relative au service dont ils sont chargés par l'administration, l'autre ayant pour objet les études scientifiques propres à jeter de nouvelles lumières sur toutes les questions relatives à la peste et aux quarantaines.

PREMIÈRE SECTION. — SERVICE SANITAIRE.

§ I. *Constatation de l'état sanitaire du pays de départ.* — Cette constatation est le but principal de la mission des médecins sanitaires en Orient.

Art. 1er. Aussitôt leur arrivée dans les ports dont la surveillance leur sera confiée, chacun d'eux se livrera à une enquête attentive et incessante de l'état de santé des populations au milieu desquelles il résidera. A cet effet, il devra faire partie des conseils ou comités consulaires de santé déjà établis dans les ports du Levant ; il se mettra en rapport avec les médecins, les pharmaciens et toutes les personnes instruites de la localité ; il visitera fréquemment les hôpitaux et les quartiers les plus misérables et les plus insalubres de la ville.

Art. 2. Il se tiendra au courant, à l'aide de documents officiels s'il en existe, ou par toute autre voie, du mouvement de la po-



pulation, c'est-à-dire du nombre des naissances et des décès par chaque mois.

Art. 3. Il s'efforcera de connaître les conditions de santé des navires entrés dans le port, et des caravanes venues de l'intérieur des terres.

Art. 4. Il n'oubliera jamais que, dans les ports du Levant, la peste se montre soit à l'état sporadique, soit à l'état épidémique, et que, dans ce dernier cas, elle est tantôt produite par ces causes locales, tantôt importée de contrées plus ou moins éloignées, par l'atmosphère, par les navires, par les pestiférés et peut-être par leurs vêtements. Il s'appliquera constamment à préciser ces circonstances diverses d'une grande importance pour l'hygiène publique.

§ II. *Visite du bâtiment, de l'équipage et des passagers se rendant en France.* — Art. 5. Toutes les fois que le médecin sanitaire aura reçu du consul français de la résidence l'invitation de délivrer le certificat d'après lequel sera rédigée la patente de santé du navire en partance, il procédera, ainsi qu'il va être dit, aux opérations nécessaires pour éclairer son jugement sur les faits qu'il importe de faire connaître en même temps que l'état sanitaire du pays de départ.

Art. 6. Il prendra d'abord connaissance de la déclaration écrite du capitaine, laquelle aura été adressée au consul et transmise au médecin sanitaire. Cette déclaration indiquera la nature et la qualité des marchandises embarquées, le nombre et la provenance des passagers, le rôle de l'équipage, les rencontres à la mer pendant la dernière traversée, les relâches du navire pendant les trois mois qui ont précédé son arrivée au port, la date des dernières maladies qui ont existé à bord, la manière dont elles se sont terminées, enfin l'existence ou la non-existence actuelle des malades sur le navire. Muni de cette pièce, le médecin sanitaire se rendra à bord.

Art. 7. Ne perdant jamais de vue les circonstances qui peuvent favoriser la formation d'un foyer d'infection pestilentielle, il examinera si les locaux destinés à l'habitation et au coucher présentent l'espace nécessaire; il recherchera le nombre des personnes à bord, le degré de viciation ou d'humidité de l'atmosphère du navire, enfin les moyens d'aération.

Art. 8. Il passera de l'examen du navire à celui des hommes de l'équipage et des passagers. Le médecin sanitaire se rappellera que la peste, même à son début, trahit presque toujours sa présence par des phénomènes extérieurs. Il portera successivement son attention sur les caractères du pouls, sur l'état de la langue, sur l'aspect des yeux, sur l'expression de la physionomie, sur la démarche plus ou moins assurée de la personne qu'il examinera. La palpation des régions inguinales et axillaire ne sera indiquée que quand quelques symptômes exciteront une suspicion légitime, et encore ne devra-t-elle jamais avoir lieu qu'avec tous les ménagements que commande le respect des personnes.

Art. 9. Quand il n'existera pas d'épidémie pestilentielle, les opérations qui viennent d'être prescrites seront suffisantes. En cas

d'épidémie pestilentielle, quelques précautions spéciales pourront devenir nécessaires. Lorsque le médecin sanitaire aura séjourné dans la chambre d'un pestiféré, ou se sera personnellement compromis de toute autre manière, la visite du bâtiment, des passagers et de l'équipage, sera faite, sur les paquebots-postes et sur les bâtiments de la marine royale, par les médecins du bord, et pour tous les navires du commerce n'ayant pas de médecin, par un médecin de la localité indiqué par le médecin sanitaire, et désigné par le consul français de la résidence.

§ III. *Délivrance du certificat devant servir de base à la patente de santé.* — Art. 10. En temps ordinaire, le médecin sanitaire établira dans son certificat : 1° l'état sanitaire du pays du départ, 2° les conditions hygiéniques du navire en partance, 3° l'état de santé de l'équipage et des passagers. Enfin, il formulera clairement sa conclusion pour la patente nette ou pour la patente brute.

Art. 11. Quand le médecin sanitaire aura été exposé à contracter la peste épidémique, et aura dû, par cette raison, s'abstenir de faire la visite du navire, des passagers et de l'équipage, le certificat du médecin du bord ou du médecin de la localité sera annexé à celui du médecin sanitaire qui aura constaté l'existence de l'épidémie pestilentielle, et aura demandé en conséquence la délivrance de la patente brute.

§ IV. *Tenue des registres sanitaires.* — Art. 12. Afin de pouvoir se rendre compte, en tout temps, de ses opérations, et pour être toujours à même de fournir des documents authentiques et précis à l'autorité supérieure, chaque médecin sanitaire tiendra avec le plus grand soin plusieurs registres cotés et paraphés par le consul résident. Ces registres porteront les numéros 1, 2 et 3.

Le registre n° 1 contiendra, mois par mois, la copie textuelle des certificats de santé délivrés aux bâtiments partis pour la France; des renseignements aussi complets que possible sur l'état sanitaire des navires étrangers ou nationaux partis pour d'autres destinations; le nombre des arrivages soit par mer, soit par terre; le résultat, sous le rapport sanitaire, des investigations faites dans les hôpitaux et dans la ville; le mouvement de la population.

Le registre n° 2 renfermera la copie littérale de tous les rapports adressés soit à M. le ministre de l'agriculture et du commerce, soit aux autorités désignées par lui, et celles des ordres, institutions ou autres documents officiels, reçus par le médecin sanitaire.

Le registre n° 3 sera destiné à contenir la correspondance avec les autres médecins sanitaires institués en Orient, c'est-à-dire la copie de lettres écrites et reçues pour cause de service, et dans l'intérêt de la mission commune que tous doivent concourir à remplir.

§ V. *Correspondance avec le ministre.* — Art. 13. Tous les mois, le médecin sanitaire adressera au Ministre le tableau complet des certificats délivrés par lui, et inscrits sur le registre sanitaire au fur et à mesure de leur délivrance. Il joindra à ce tableau un rapport sur l'état de la santé publique pendant le mois écoulé.

Le médecin sanitaire rédigera, en outre, tous les ans, un rapport très-détaillé sur l'état sanitaire du pays dans lequel il résidera.

ART. 14. Les rapports annuels des médecins sanitaires seront communiqués à l'Académie royale de médecine, qui, à son tour, adressera tous les ans à M. le ministre de l'agriculture et du commerce un résumé de ces travaux, résumé dans lequel elle fera ressortir les faits importants et les conséquences à en déduire soit pour maintenir ou modifier les dispositions en vigueur, soit pour restreindre ou augmenter le nombre de celles-ci.

ART. 15. Si les consuls des autres nations réclamaient l'assistance des médecins sanitaires français, ceux-ci feraient droit à leur demande en remplissant, pour les navires qui leur seraient indiqués, toutes les formalités prescrites par les trois premiers paragraphes de la présente instruction.

Il n'est personne qui, en parcourant ces instructions, ne soit frappé du luxe de formalités dont on a entouré toutes les démarches du médecin sanitaire et des contradictions flagrantes qu'elles consacrent. Envoyé pour étudier la santé, le médecin sanitaire devra, s'il veut obéir aux injonctions de l'Académie, éviter avec grand soin les pestiférés, si mieux il n'aime être remplacé dans ses fonctions par un médecin de la marine royale ou de la localité. Certes, ces instructions administratives peuvent exciter à bon droit l'étonnement, mais elles cèdent le pas aux *instructions scientifiques*. En effet, dans cette 2e section, on demande aux médecins envoyés en Orient de faire, non pas ce que peuvent la volonté et la puissance d'un homme, mais ce qu'une académie, ce que toutes les académies ensemble, n'ont pas fait et ne pouraient peut-être pas faire. Pour comprendre, dit-on, l'endémicité de la peste dans les contrées orientales, on leur demande tout d'abord d'étudier la topographie médicale de ces pays : le sol, les eaux, l'atmosphère, les végétaux, les animaux, depuis les espèces placées au bas de l'échelle zoologique jusqu'aux animaux les plus rapprochés de l'homme, et jusqu'à l'homme lui-même, qu'ils devront considérer dans sa taille, dans sa constitution, dans ses fonctions de nutrition et de rélation, dans son alimentation, dans sa manière de vivre, dans sa profession, dans son état d'aisance ou de misère ; dans ses mœurs, ses coutumes, son gouvernement, ses religions, dans les races qui composent la population... Le médecin sanitaire est chargé de dresser par saison et par mois le tableau des maladies habituellement régnantes dans la ville où il sera placé ; il mentionnera toutes les particularités intéressantes qu'elles pourront offrir. Il lui restera à déterminer, par des informations puisées à des sources respecta-

ditions accidentelles et extraordinaires, telles que des chaleurs ou des froids excessifs, une sécheresse ou une humidité très-prolongée, la réunion d'une chaleur ou d'un froid intense, avec une très-grande humidité et une grande sécheresse, des brouillards inaccoutumés, des orages violents, des ouragans, des tremblements de terre. Les suites, si désastreuses pour la santé publique, des famines et des guerres appelleront l'attention spéciale du médecin sanitaire, qui s'appliquera à rechercher quelles sont les maladies qui, dans des lieux donnés, ont accompagné et suivi ces fléaux. Il présentera l'histoire aussi complète que possible des épidémies observées dans la localité, surtout des épidémies pestilentielles, dont il s'efforcera de saisir les rapports de succession ou de simultanéité avec les autres épidémies.

Ce n'est pas tout ; l'attention des observateurs devra se concentrer sur trois points principaux : étude de la peste sporadique, étude de la peste épidémique, étude des lieux où la peste prend spontanément naissance. — *Peste sporadique.* Aussitôt que l'occasion s'en présentera, les médecins sanitaires recueilleront des observations détaillées dans le but de faire connaître les caractères symptomatiques, la marche, la durée, le traitement, les terminaisons, les lésions anatomiques, la transmissibilité ou la non-transmissibilité de la peste sporadique. La solution de cette dernière question est du plus haut et du plus urgent intérêt pour l'administration sanitaire. — *Peste épidémique.* Si une épidémie pestilentielle vient à apparaître, il faudra établir l'époque précise où le chiffre habituel de la mortalité aura été augmenté, étudier avec le plus grand soin les caractères symptomatiques et anatomiques des maladies auxquelles paraîtra devoir être rapportée cette augmentation de mortalité, recueillir avec une attention scrupuleuse toutes les circonstances relatives aux premiers cas de peste bien caractérisée, afin de pouvoir établir s'il y a eu ou s'il n'y a pas eu importation. Le médecin sanitaire apportera la plus grande rigueur dans l'examen des preuves sur lesquelles il croira devoir fonder son opinion. Il suivra pas à pas, jour par jour, les progrès de la maladie ; il relatera exactement la durée de chacune des périodes de l'épidémie ; il tiendra note des symptômes, de la mortalité relative, des altérations pathologiques de ces diverses périodes ; il inscrira l'âge, le sexe, la race, la classe, la profession des individus attaqués et des morts. Quoique les questions relatives à l'in-

cubation de la peste et à sa transmissibilité soit par les hommes, soit par les choses, ne puissent être résolues d'une manière concluante que sur les navires à la mer ou dans les lazarets européens, le médecin sanitaire d'un des ports du Levant ne devra cependant négliger aucune des circonstances propres à jeter du jour sur les points litigieux, mais en tenant toujours un compte suffisant et de l'influence épidémique, et des foyers d'infection pestilentielle que peuvent former les malades. Il ne perdra pas de vue les conditions de transmissibilité de la peste, qui résultent surtout des lieux, de l'atmosphère, de l'état des populations ou des individus compromis. Lorsque l'épidémie pestilentielle viendra à cesser, il prendra la date de cette cessation, et cherchera si on peut la rapporter à des influences appréciables.

Après l'étude de l'épidémie et de ses phases, vient l'exposé des recherches à faire sur la pathologie de la peste épidémique. Des observations particulières, ajoute le rapport, seront recueillies avec les détails nécessaires. Tous les appareils fonctionnels seront successivement interrogés; la percussion et l'auscultation de la poitrine, qui ne paraissent pas avoir été pratiquées chez les pestiférés, le seront avec toute la précision convenable. Les liquides sortis du corps des malades pendant leur vie ou recueillis après leur mort seront le sujet d'investigations attentives. Le sang, la bile, l'urine, la sueur, pourraient, par leur analyse, fournir des indices précieux pour le diagnostic différentiel de la peste. Les exanthèmes variés qu'offre souvent la peau des pestifiérés n'ont été décrits que d'une manière imparfaite; il y a là matière à un curieux et utile travail. Une connaissance plus complète des symptômes et de la marche de la peste, dans les circonstances variées de son existence, permettra d'établir les diverses formes sous lesquelles elle se présente. L'anatomie pathologique apportera, toutes les fois que la chose sera possible, son très-utile concours; elle fera connaître avec détail et précision toutes les altérations des solides et des liquides. Enfin, tous les efforts des médecins sanitaires français devront tendre à rechercher les conditions de salubrité, sans lesquelles la peste ne se développerait jamais spontanément dans un pays.

Telles sont les instructions présentées par une commission composée de MM. Bégin, F. Dubois, Gérardin, Kéraudren, Londe, Mélier, Rochoux, et Prus, rapporteur; instructions que l'Académie a adoptées, mais il est vrai presque sans discussion, et, dit-on, non sans protestations de certains membres de la commission. Nous croyons que la commission, n'ayant pas d'instructions plus

la capacité et à l'activité des médecins sanitaires, que de dresser dans le cabinet un programme banal, qui ne peut servir en rien à diriger les recherches, et d'ailleurs impossible à remplir.

— M. Mélier a lu un rapport étendu et fort intéressant sur les *marais salants*. Dans ce travail, l'auteur a traité deux questions principales : 1° *Les marais salants sont-ils ou non insalubres?* 2° *Jusqu'à quel point peut-on, sans danger et sans inconvénient pour la santé publique, en autoriser l'établissement?* Le défaut d'espace nous contraint à nous en tenir aux conclusions; les voici: 1° un marais salant, bien établi, bien exploité, bien entretenu, n'est pas en lui-même une chose insalubre; 2° loin d'être insalubre, il peut être regardé, en beaucoup de cas, comme un moyen d'assainissement; 3° mal établi, au contraire, mal exploité, mal entretenu, un marais salant peut devenir une puissante cause d'insalubrité, compromettre dangereusement la santé publique; 4° ce qui est dangereux surtout, c'est l'abandon, sans précaution préalable, des marais salants : cet abandon a presque toujours les conséquences les plus fâcheuses; 5° les marais salants devraient être soumis à des règles précises, à des conditions nettement formulées, sous le triple rapport du premier établissement, de l'entretien et de l'abandon; 6° il est douteux que la législation actuelle fournisse, sous tous ces rapports, des dispositions suffisantes: il paraîtrait nécessaire de recourir à des dispositions particulières embrassant l'ensemble de la question; 7° ces dispositions étant prises, le meilleur moyen d'en assurer l'exécution semblerait être de créer une inspection et une conservation des marais salants.
— Les conclusions de ce travail ont été adoptées, après une discussion sans intérêt.

— M. Mélier avait parlé, dans le rapport cité plus haut, des observations de quelques médecins qui tendraient à établir que les eaux mères des salines pourraient être utilement employées, sous forme de bains, dans des maladies diverses, et spécialement dans les maladies scrofuleuses. M. le Dr Germain, attaché aux salines des Salins (Jura), a adressé à ce sujet une lettre dans laquelle il rappelle que les premiers essais tentés sur les *eaux mères des salines* datent de 1844. 28 malades de l'hospice de Salins ont été soumis à la médication par ces *bains minéralisés* en 1847, et 25 ont été guéris. Sur ce nombre, on compte 7 cas de formes variées de scrofules (engorgements glandulaires, suppuration, carie), 2 cas de tumeur blanche articulaire, 3 d'eczéma impetiginodes, 2 de prurigo; 2 d'arthrite chronique, 2 de leucorrhée, 2 de chlorose avec aménor-

rhée, 2 anévroses digestives. Chacun de ces malades a pris de 25 à 30 bains de la durée d'une heure, et chaque bain se composait de 25 à 30 litres d'eau sur 1 hect. 20 d'eau commune à 25° Réaumur. En résumé, l'auteur pense que cette médication possède une véritable efficacité contre les différentes formes morbides de l'état scrofuleux, les affections herpétiques variées, la chlorose, les engorgements viscéraux, les névroses du système nerveux ganglionnaire, peut-être aussi contre les accidents secondaires et tertiaires de la syphilis.

— M. Martin-Solon a donné lecture d'un mémoire sur l'*état de l'urine dans la fièvre typhoïde*. L'auteur a résumé son mémoire dans les conclusions qui suivent : 1° Dans la fièvre typhoïde, l'urine est moins abondante, plus colorée, plus dense, que dans l'état de santé; elle conserve presque toujours son acidité normale ou cette acidité s'élève au-dessus. 2° Les cas d'alcalinité sont rares; cependant l'urine, dans les fièvres typhoïdes, passe facilement à l'alcalescence, à cause de sa proportion d'urée beaucoup plus considérable que dans l'état normal. Cette proportion est quelquefois suffisante pour donner lieu instantanément à la formation du nitrate acide d'urée, par l'addition de l'acide nitrique, et sans évaporation préalable de l'urine. Une densité de 1,030 à 1,036 fait ordinairement prévoir cette réaction. 3° Habituellement transparente, l'urine est quelquefois troublée par du mucus qui constitue l'*énéorème* des anciens, par des sels trop abondants ou peu solubles qui lui donnent l'aspect jumenteux, et qui se déposent en sédiments formés surtout d'acide urique, d'urates et de matière colorante; 4° établis sur la présence de ces produits, les signes *critiques* donnés par l'urine ont fini par ne plus être consultés, parce qu'ils ont été trop souvent la cause de déceptions et d'erreurs; 5° parmi les urines claires, il en est qui n'éprouvent aucune réaction par l'acide nitrique, et d'autres au milieu desquelles il se forme immédiatement un nuage; 6° il en est de même des urines jumenteuses devenues claires par filtration, les unes donnant, par cette réaction nitrique, ce même nuage, et les autres ne le donnant pas. 7° Ce nuage, d'un aspect particulier, tomenteux, formé de bi-urate d'ammoniaque, et dont la nature n'est peut-être pas complétement connue, se manifeste principalement à certaines phases de la fièvre typhoïde et des maladies aiguës, mais surtout à l'époque de leur solution; et, après les faits cliniques, ce mélange a une valeur *critique* qui mérite l'attention des observateurs. 8° La bile subit une altération notable dans le cours

l'apparition de la *bili-verdine* dans l'urine. 9° L'urine devient quelquefois momentanément albumineuse pendant le cours des maladies aiguës; mais la congestion sanguine des divers organes, partagée surtout par les reins, et la ténuité spéciale du sang dans la fièvre typhoïde, rendent l'albuminurie passagère beaucoup plus fréquente dans cette affection que dans les autres maladies aiguës. 10° L'albuminurie passagère se manifeste surtout dans les cas graves de fièvre typhoïde, et en rend ordinairement le pronostic plus fâcheux; 11° l'albuminurie passagère peut quelquefois devenir continue, et les reins présenter les caractères pathologiques provenant de l'albuminurie confirmée; 12° enfin, l'inspection de l'urine peut éclairer la marche de la fièvre typhoïde, et servir à en diriger le traitement. — Cette communication a été suivie d'une discussion peu intéressante sur les *crises* en général.

— M. Hénot, chirurgien en chef et professeur de l'hôpital militaire d'instruction de Metz, a présenté à l'Académie un mémoire sur la *désarticulation coxo-fémorale*. Ce mémoire renferme l'observation d'une opération de ce genre, pratiquée avec succès au moyen de l'éthérisation. Cette observation est relative à un infirmier, âgé de 26 ans, qui portait depuis trois ans une exostose volumineuse, fusiforme, éburnée, occupant le fémur droit jusqu'aux trochanters. Cette tumeur était compliquée d'altération organique profonde et de destruction partielle du système médullaire du fémur, de fistules perforantes de cet os, d'abcès symptomatiques, de fièvre hectique et de marasme commençant. La désarticulation coxo-fémorale était la seule ressource qui pût sauver la vie du malade: elle fut pratiquée le 25 mai dernier, après toutefois qu'on eut pratiqué l'éthérisation. L'auteur fit choix de la méthode à lambeaux, et particulièrement du procédé à lambeau antérieur et postérieur de Béclard, modifié seulement en ce qu'il donna plus de longueur au lambeau postérieur, dans une proportion d'un tiers environ, de manière à lui faire embrasser complétement la région ischiatique après la réunion de la plaie, et à avoir une cicatrice placée en avant. Cette amputation ne présenta d'autre accident qu'une hémorrhagie effrayante, due à l'inefficacité de la compression provisoire de l'artère crurale sur le pubis: elle fut instantanément arrêtée par la compression directe et la ligature de cinq artères. L'opération, y compris les ligatures du lambeau antérieur, fut faite en cinq minutes trente secondes. Le malade déclara n'avoir pas souffert, et avoir rêvé qu'il exerçait son ancienne pro-

fession de tisserand. La plaie fut réunie sans efforts et avec soin, à l'aide de six points de suture entrecoupée. A partir de l'opération, il n'est survenu aucun accident important. La plaie s'est réunie par première intention, dans les quatre cinquièmes au moins de son étendue, et cette réunion immédiate était d'autant plus remarquable que cette plaie avait environ 25 centimètres de longueur, et autant en largeur et en profondeur; les ligatures tombèrent du 18e au 44e jour, dans le cours de la période de la suppuration articulaire. Pendant la dernière période, une suppuration modérée, peu consistante, entretenue par le travail organique de séparation et de cicatrisation de la cavité cotyloïde, s'est maintenue pendant six semaines, à travers trois fistules étroites, qui traversaient la cicatrice du moignon. Cette suppuration, devenue séreuse, s'est tarie insensiblement; les ouvertures se sont fermées successivement, et la cicatrisation définitive de la plaie a été complète le 90e jour de l'opération (le 23 août). Le moignon est ovale, arrondi, charnu; la cicatrice qui le parcourt dans le sens transversal, un peu antérieur, est étroite, régulière, déprimée en deux points, et très-solide; elle présente 22 centimètres d'étendue; elle offre des conditions très-avantageuses pour les fonctions du moignon et pour l'application des moyens de prothèse.

— M. Vilardedo a communiqué, 1° une observation d'*anévrysme de l'artère carotide droite et du tronc brachio-céphalique*, *opéré par la méthode de Brasdor,* et suivie de mort le 21e jour. Dans cette observation, il s'agit d'un nègre de 70 ans, qui portait au côté droit du cou, entre l'extrémité sternale de la clavicule et le bord inférieur de la mâchoire, une énorme tumeur, arrondie et pulsatile; le traitement de Valsalva n'ayant pas eu de succès, la carotide primitive fut liée au-dessous de sa bifurcation. A l'*autopsie*, on put constater que l'artère carotide primitive était oblitérée dans l'endroit de la ligature; le sac anévrysmal du cou était formé aux dépens de ce vaisseau. Des couches fibrineuses, stratifiées, consistantes et très-adhérentes, tapissaient toute la face interne du sac, à l'exception du point culminant de la tumeur, au niveau de la peau amincie. Une petite quantité de sang noirâtre, visqueux, achevait de remplir la cavité de la poche anévrysmale; celle-ci, d'un volume considérable, se portait en dehors et en bas, et reposait, par sa partie inférieure, sur le sommet du poumon droit, qu'elle comprimait; dans son trajet, elle comprimait également la sous-clavière. Le tronc brachio-céphalique formait une seconde tumeur, beaucoup plus petite que la précédente, naissant de la

que entièrement de concrétions fibrineuses, qui laissaient seulement à son centre un conduit très-étroit pour livrer passage au sang. L'aorte était considérablement dilatée. 2° Une observation de monstruosité humaine (*hémitéro-ectromélie*), assemblage bizarre de plusieurs anomalies simples ou *hémitéries*, et de monstruosités *ectroméliques* ou par avortement des membres. D'abord trois espèces d'anomalie par déplacement (pied-bot équin, torsion du tibia gauche, et pied-bot valgus du côté droit); ensuite hémitérie par diminution numérique, portant sur des organes multiples (diminution du nombre des orteils aux deux pieds); enfin deux monstruosités ectroméliques des genres *hémimèle* et *phocomèle :* l'hémimèle représenté par l'arrêt de développement du membre supérieur droit (humérus terminé par une espèce de moignon, surmonté d'une espèce de tubercule charnu, mobile et sensible); le phocomèle constitué par une anomalie du membre pelvien correspondant (absence complète du tibia et du péroné, articulation immédiate de la jambe avec le fémur). Le sujet qui offre ces monstruosités a la tête et le tronc parfaitement conformés, il est vigoureux et bien portant.

— M. Landouzy, professeur à l'École de médecine de Reims, a communiqué l'observation d'une *rupture spontanée de la rate dans le cours de la fièvre typhoïde.* Un jeune homme de 28 ans avait été pris, dans les derniers jours du mois d'août, de frissons erratiques, de courbature et de prostration des forces : pendant huit jours, il eut une céphalalgie continuelle, des épistaxis abondantes, des nausées, des vomissements, des coliques diarrhéiques, de la soif, de l'anorexie, sans douleurs. A son entrée à l'hôtel-Dieu de Reims, le 10 septembre 1847, il offrait l'état suivant : intelligence nette, sens intègres, physionomie abattue, céphalalgie frontale intense, bourdonnements d'oreille insupportables; langue humide, rougeâtre au pourtour, blanche au centre; ventre un peu météorisé, sensible à la pression; gargouillement; peau sèche, parsemée de taches rosées lenticulaires peu nombreuses; pouls à 100. Depuis ce moment jusqu'au 19, les symptômes principaux augmentèrent régulièrement et graduellement d'intensité, sans rien de particulier : stupeur, prostration plus profonde, réponses difficiles, soubresauts des tendons, langue sèche, ventre ballonné et sensible. Le 19 au matin, délire fugace, assoupissement, bouche fuligineuse, dyspnée, rhonchus à grosses bulles, peau sèche et brûlante, fièvre vive. Mort dans la soirée. A l'*autopsie*,

arachnoïdienne ; engouement très-prononcé des poumons, une injection arborisée de la muqueuse stomacale ; plaques nombreuses, ulcérées, depuis le commencement jusqu'à la fin de l'iléon ; quelques follicules disséminés dans le duodénum, nombreuses pustules dans le cœcum et dans le premier tiers du colon, tuméfaction et ramollissement des ganglions mésentériques ; 400 grammes de sang très-noir, liquide, épanché dans le péritoine ; 200 grammes environ de caillots adhérents à la rate ou répandus sur les viscères. La rate, longue de 17 centimètres sur 11 de largeur et 6 d'épaisseur, offrait à sa surface externe, à 2 centimètres du bord supérieur, une déchirure dans le sens vertical, de 3 centimètres de hauteur sur ½ centimètre d'écartement, ne pénétrant pas à plus de 1 centimètre de profondeur, et remplie par du sang noir coagulé ; son tissu complétement ramolli, et semblable à de la lie de vin épaissie ; pas de vaisseau important déchiré, pas de traces de péritonite. — Nous engageons nos lecteurs à rapprocher cette observation curieuse d'une autre, presque identique, qui a fait le sujet d'un mémoire de M. Vigla sur les ruptures spontanées de la rate (*Archives gén. de méd.*, 4e série, t. III et IV).

—M. Maisonneuve a communiqué les détails d'une opération pratiquée pour un cas d'*ankylose coxo-fémorale* survenue à la suite d'une coxalgie et d'une luxation de la tête du fémur dans la fosse ovale. L'ankylose avait eu lieu dans cette position, de sorte que la cuisse était entièrement couchée sur l'abdomen ; le genou se trouvait à peu près au niveau de l'épaule droite ; la jambe, fléchie sur la cuisse, ne s'étendait que très-imparfaitement. Le malade était guéri de la coxalgie, mais entièrement privé de l'usage de son membre inférieur droit. Dans ces circonstances, M. Maisonneuve lui proposa la section de la tête du fémur, et la lui pratiqua le 23 février dernier, après l'avoir préalablement soumis à l'éthérisation. Le malade couché sur le côté gauche, M. Maisonneuve fit, au niveau du grand trochanter, et parallèlement à l'axe du membre, une incision de forme demi-elliptique, à concavité antérieure, et de 20 centimètres environ de long. Cette incision mit à découvert la face externe du grand trochanter et une petite portion du corps de l'os ; mais le col restait profondément caché, le doigt même ne pouvait l'explorer qu'avec peine. Pendant près d'un quart d'heure, il fit de vains efforts pour y parvenir, en se servant de la gouge et du maillet, des cisailles de Liston, de la scie à crête de coq, etc. ; enfin il se décida à revenir au procédé de Barton et de Kearney. Aucun vaisseau

ne se trouva lésé, il ne fit qu'une seule ligature. Après l'opération, le membre ne put pas être immédiatement ramené à sa position normale; les muscles, les tissus fibreux et cellulaires, qui s'étaient accommodés à la position vicieuse du membre, opposaient à l'allongement une résistance telle, qu'on put douter un instant du succès de l'opération. Le malade fut placé sur le dos, le membre inférieur fortement fléchi et soutenu par un plan incliné très-élevé: la réaction fut régulière; le malade se plaignait seulement d'un engourdissement général du membre. M. Maisonneuve crut d'abord que le nerf sciatique pouvait être comprimé par les fragments osseux; mais un examen plus attentif lui fit reconnaître une véritable paralysie: le nerf avait été certainement divisé dans l'opération. Pendant un mois, il ne survint rien de particulier; le membre fut graduellement rendu à sa rectitude, et la lésion fut conduite comme une fracture compliquée; il s'échappa plusieurs esquilles. Le 20 avril, moins de deux mois après l'opération, le malade commença à se lever et à se promener dans les salles, à l'aide de deux béquilles. Depuis ce moment, la santé générale s'est raffermie; le membre, raccourci de 10 centimètres, a de la vigueur; les mouvements, soumis à l'influence du nerf crural, ont acquis une grande puissance: de sorte que, malgré la paralysie du nerf sciatique, qui du reste commence à diminuer, le malade peut se promener et marcher sans bâton, s'asseoir et monter les escaliers, enfin exécuter avec son membre la plupart des mouvements qu'on peut exécuter avec un membre sain.

— M. Raynaud, de Montauban, a adressé à l'Académie un mémoire ayant pour titre : *Observations pour servir à l'histoire de la dysménorrhée et de la stérilité chez la femme; des rétrécissements du col de l'utérus.* Nous nous bornons à en reproduire les conclusions : 1° La cavité du col de l'utérus et ses orifices peuvent être le siége de rétrécissements, comparables, jusqu'à un certain point, aux coarctations de l'urèthre, normaux ou pathologiques, congéniaux ou accidentels, résultant d'un vice de conformation ou d'une altération locale, qui, dans certains cas, peuvent aller jusqu'à l'occlusion complète du col. 2° Ces modifications dans l'état du col en entraînent de graves dans les fonctions de l'utérus : la menstruation et la conception se manifestant, dans le premier cas, par des douleurs très-vives dans l'utérus et ses annexes, accompagnant la ménorrhagie, qui est difficile, peu abondante, incomplète et entièrement supprimée dans les cas rares d'occlusion complète, et rendant, dans le second, la conception impossible, en empêchant

par l'orifice utérin d'un liquide épais très-visqueux, collant, accompagne ordinairement cet état du col; 4° cette affection, en entretenant une congestion utérine habituelle, peut amener plus tard des lésions graves du col et du corps de l'organe; 5° les rétrécissements du col de l'utérus doivent être soupçonnés, et cet organe devenir l'objet d'une attention toute particulière, dans les cas de dysménorrhée et de stérilité qu'on ne peut expliquer par l'état général des malades ou l'existence d'affections dont elles sont habituellement le symptôme, et par l'inefficacité des nombreux moyens de traitement mis en usage; 6° on peut appliquer au traitement des rétrécissements du col utérin les diverses méthodes employées contre ceux du canal de l'urèthre; 7° le meilleur traitement consiste dans la dilatation de la cavité et des orifices du col, au moyen de bougies de volume successivement croissant, introduites au moyen du speculum, chaque jour, pendant une ou deux heures chaque fois. 8° Quand le traitement par la dilatation échoue, on doit avoir recours à l'incision du col, dans le sens des commissures, comme le pratique M. Jobert dans les cas d'hydropisie du col utérin; mais en ayant bien soin de comprendre dans l'incision l'orifice interne du col, s'il participe au rétrécissement. 9° Enfin, à l'époque de la naissance, quand les fonctions de l'utérus sont sur le point de cesser, le col de l'utérus s'efface, se contracte et diminue de volume. Il doit devenir l'objet d'une attention spéciale, quand subsistent ces douleurs utérines vives qu'on peut attribuer au séjour prolongé du sang dans l'utérus, où elles peuvent devenir la cause de ces congestions ou maladies si fréquentes à cette époque de la vie.

— Dans la dernière séance de novembre, l'Académie a reçu trois communications relatives au *chloroforme :* l'une de M. Philippe, médecin en chef de l'hôtel-Dieu de Reims, qui, après avoir essayé d'abord sans aucun résultat le chloroforme chez cinq personnes, a obtenu depuis de meilleurs résultats dans 7 ou 8 cas; la seconde, de M. Delabarre fils, qui a pratiqué plusieurs opérations sur les dents, pendant l'anesthésie produite par les inhalations du chloroforme; la troisième, enfin, de M. Sandras, qui a fait, conjointement avec M. Chatin, pharmacien de l'hôpital Beaujon, quelques expériences sur l'action de ces vapeurs chez les animaux. M. Sandras a constaté que, chez les chiens, la perte de sensibilité a lieu souvent au bout d'une minute, mais généralement après quatre ou cinq minutes. Ces animaux conservent, en général, leur [illegible]

du délire, des convulsions, et périssent asphyxiés ; si, pendant la période de sensibilité, on met à découvert la carotide, cette artère paraît foncée en couleur, et cependant le sang qu'elle contient est rouge, rutilant et très-coagulable. Le sang devient noir lorsque l'asphyxie a commencé.

II. *Académie des sciences.*

Le chloroforme. — Structure du poumon. — Influence du sel sur la nutrition. — Action du sel introduit directement dans l'estomac. — Traitement de la fièvre typhoïde par le sulfure noir de mercure et les onctions mercurielles. — Autopsie par glissement. — Moyen de distinguer l'arsenic.

L'Académie des sciences a reçu, le mois dernier, un assez grand nombre de communications médico-chirurgicales, parmi lesquelles nous signalerons d'abord celles qui ont pour objet le nouvel agent anesthésique, le *chloroforme*.

Parmi ces communications relatives au chloroforme, les unes ont trait à des opérations pratiquées pendant l'insensibilité par plusieurs chirurgiens. Ainsi M. Jobert (de Lamballe) a envoyé des observations d'amputation de cuisses, de cataracte par abaissement, de dilatation du col utérin, d'acupuncture pratiquée pour un engorgement du sein. Dans tous ces cas, l'insensibilité est survenue d'une manière très-prompte, s'est maintenue pendant tout le cours de l'opération, et le réveil a été très-rapide. M. Amussat, qui a envoyé des observations sur le même sujet, a constaté également une insensibilité plus prompte que par les inhalations éthérées; mais, comme pour ces inhalations, il dit avoir observé un changement dans la coloration du sang artériel, qui devient brun, et se rapproche de la couleur et de l'aspect du sang veineux. Enfin, M. le professeur Sédillot, de Strasbourg, dans des expériences qui lui sont propres, reconnaît aux inhalations du chloroforme des propriétés anesthésiques supérieures à celles de l'éther. Ses expériences diffèrent cependant de celles des deux premiers observateurs, en ce que le réveil a été moins facile et moins complet que l'avait dit M. Simpson.

Parmi les expériences physiologiques, nous ne comptons guère qu'une communication intéressante, celle de M. le professeur Gerdy. Voici les propositions dans lesquelles ce médecin a résumé les

forme :

1° Le chloroforme provoque la toux comme l'éther ; mais il est, sous ce rapport, beaucoup plus supportable. 2° Appliqué au nez et sur la bouche, à l'aide d'une éponge, il cautérise les parties qu'il touche, dans certains cas, ce qui tient probablement à l'imperfection de la préparation. Il en résulte qu'il vaut mieux l'employer par l'intermédiaire d'un appareil aspirateur que par l'application d'une éponge sur le nez ou sur la bouche. 3° La saveur sucrée qu'il cause est très-vive vers l'isthme du gosier et le bord de la langue, sur tout le voile du palais et sur ses piliers antérieurs, sur l'isthme lui-même, enfin sur le pharynx, comme on s'en assure en respirant spécialement par le nez. Ce fait intéresse la physiologie, parce qu'il montre clairement la faculté gustative du pharynx pour la saveur sucrée du chloroforme en particulier, lorsqu'il est réduit en vapeur. Il est d'autant plus remarquable, qu'à l'état liquide le chloroforme cause une irritation si vive sur la langue qu'on ne peut pas en apprécier la saveur. 4° Le chloroforme fait saliver, mais moins que ne le fait l'éther ; 5° la saveur sucrée du chloroforme provoque plus facilement que l'éther des envies de vomir et des vomissements, de sorte que certaines personnes préfèrent l'emploi de l'éther. 6° L'engourdissement causé par le chloroforme est souvent plus prompt que celui produit par l'éther ; cependant l'auteur a vu deux opérés n'être pas endormis, quoiqu'on eût consommé jusqu'à 10 grammes de chloroforme : l'un d'eux était tombé dans l'agitation et le délire.

— M. Alquié, agrégé et chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Montpellier, a lu un mémoire sur la *disposition des ramifications et des extrémités bronchiques*, démontrée à l'aide d'injections métalliques. En voici les résultats : 1° Les canaux aériens divisés progressivement dans le tissu pulmonaire forment des conduits principaux sur les côtés desquels se détachent des canalicules très-ténus et fort multipliés ; cette subdivision est plus grande chez l'homme que chez les animaux. 2° Le nombre des ramifications bronchiques n'est nullement en rapport avec celui des renflements qui le terminent ; 3° ces extrémités sont des vésicules ayant en général un cinquième de millimètre dans leur plus grande dimension, une forme ovoïde, une surface inégale et aplatie dans les points où elles s'adossent les unes aux autres. 4° Ces vésicules sont tantôt uniques et alors latéralement fixées à des ramifications aériennes ; plus souvent elles se montrent

cule pulmonaire. 5° Enfin, ces vésicules ont des parois propres, sont isolées en bien des points, et en communication entre celles de la plupart des lobules.

— Nous avons, à diverses reprises, entretenu nos lecteurs des expériences entreprises par M. Boussingault, relativement à l'*influence du sel marin sur la nutrition*. Ces expériences ont été continuées pendant treize mois. Dans une des dernières séances du mois dernier, l'honorable professeur a fait connaître les résultats définitifs qu'il a obtenus. On se rappelle qu'il avait pris six taureaux, dont trois avaient été soumis à l'administration du sel, et trois autres n'en avaient pas reçu. Le premier lot pesait, au commencement des expériences, 434 kilog., et à la fin 950. Il avait donc gagné 516 kilog., tandis que le second lot, qui n'a pas reçu de sel, et qui pesait 407 kilog. au commencement, pesait à la fin 855 kilog., autrement dit, n'avait gagné que 452 kilog. Si, d'un autre côté, on tient compte de la quantité de fourrage qui a été consommée, on voit que les animaux qui ont reçu du sel ont consommé une plus grande quantité de fourrage, mais ont proportionnellement gagné beaucoup plus en poids. Le lot n° 1 a consommé 7,178 kilog. de fourrage; il a gagné 719 kilog. pour cent kilog. de foin consommé. Le lot n° 2 a consommé 6,615 kilog. de fourrage, mais, en revanche, il n'a gagné que 683 kilog. pour cent de fourrage consommé. Autrement dit, rien ne prouve mieux que ces expériences toute l'influence du sel marin, soit pour augmenter l'appétence, soit pour faciliter l'assimilation et activer la nutrition. Au reste, ce n'est pas seulement dans l'accroissement de poids que consiste l'influence avantageuse du sel marin: son administration a l'action la plus favorable sur l'aspect et les qualités des animaux; l'œil le moins exercé saisirait les différences. Les animaux qui ont reçu du sel ont la peau fine et moelleuse, de la vivacité, de la vigueur; ceux qui n'y ont pas été soumis ont le poil terne et rebroussé, l'aspect morne et peu d'activité. Tous ces caractères deviennent d'autant plus tranchés que l'on continue plus longtemps l'administration du sel marin. Ainsi se trouve complétement détruite l'assertion précédemment émise par M. Boussingault sur l'influence peu ou point avantageuse du sel marin sur le développement et la nutrition des animaux.

— M. Bardeleben, de Giessen, a adressé une note sur l'*action du sel de cuisine introduit directement dans l'estomac*. Après avoir introduit par une fistule stomacale, dans l'estomac vide d'un chien, une

marque constamment une série de phénomènes qui ne se développent jamais lorsque l'on introduit cette même dose de sel par la bouche d'un chien, ou bien lorsqu'on l'avale soi-même. Et d'abord, toutes les parties de la muqueuse qui se trouvent être en contact avec le sel sécrètent très-vivement un mucus presque incolore, dont la quantité varie, mais qui très-visiblement n'est sécrété d'abord que sur les points en contact immédiat avec les grains de sel. L'estomac ensuite commence à se contracter vivement. L'animal, en proie à une vive agitation, donne des signes non équivoques de malaise, et semble vouloir remédier à la gêne qu'il éprouve dans son estomac, en avalant de grandes quantités de salive; malgré ces efforts, les mouvements dont jusqu'alors l'estomac seul a été le siége se propagent aussi aux muscles respiratoires. Les mouvements respiratoires sont accélérés de même; au bout de deux, ou tout au plus de cinq minutes, des vomissements réitérés éclatent, comme dernier effet de cette petite dose de sel. Toute cette série de réactions violentes n'éprouve nullement la bonne santé de l'animal: il se trouve tout aussi bien qu'auparavant, et son appétit et sa digestion ne sont nullement troublés. Cependant, ayant répété plus de cent fois cette expérience sur trois chiens à fistule stomacale, M. Bardeleben observa bien souvent que le suc gastrique, qui, avant l'expérience, avait une réaction acide, se montrait alcalin après que les vomissements avaient cessé; mais ce n'est pas toujours le cas, et il est occupé en ce moment à étudier les causes de ces variations dans la réaction du suc gastrique. De plus, ces variations, dont on ne s'est pas encore suffisamment occupé, s'observent aussi à l'état de santé parfaite, et la réaction alcaline, en effet, se trouve assez souvent sur l'estomac vide de chiens auxquels on n'a pas administré du sel; mais quelle qu'elle soit avant, cette réaction devient toujours acide, lorsque la véritable digestion commence. La réaction alcaline persiste, au contraire, très-souvent lorsqu'on introduit dans l'estomac des substances indigestes, par exemple des éponges, des petits cailloux, etc. Quelquefois, il est vrai, cette réaction alcaline dépend de la présence d'une certaine quantité de bile dans l'estomac de l'animal; ce qui se voit surtout après des vomissements prolongés. L'auteur a fait un grand nombre d'observations où l'estomac ne contenait aucune trace de bile, et où néanmoins la réaction du suc gastrique était alcaline. On voit les mêmes effets, lorsqu'au lieu de 3 grammes de sel, on emploie 15 grammes d'une solution concentrée de sel de cuisine, solution dont la quan-

par la bouche d'autres sels de ce genre (comme le sel de Glauber, le sulfate de potasse, etc.), les résultats sont les mêmes que ceux produits par le chlorure de soude. Le poivre, qui est regardé comme une substance bien plus excitante que le sel, ne provoque aucun des phénomènes qu'on vient d'énumérer comme produits par le sel. Des doses asses fortes de poivre, introduites par la fistule stomacale, sont très-bien supportées, et augmentent la sécrétion d'un suc gastrique acide d'une manière bien sensible, sans provoquer des contractions ou des vomissements et sans troubler aucunement la digestion.

—Nos lecteurs se rappellent probablement les communications de M. le professeur Serres relatives à la *fièvre typhoïde* et à son *traitement par le sulfure noir de mercure*. MM. Tessier et Davasse ont présenté un travail destiné à réfuter celui de ce professeur. Suivant ces deux médecins : 1° La fièvre typhoïde est une maladie essentielle : en effet, c'est une maladie *sui generis*, distincte et indépendante de toute autre maladie, et caractérisée par un ensemble de phénomènes qui lui est propre. Cet ensemble de phénomènes morbides est soumis à une évolution particulière. 2° La lésion de l'intestin iléon dans la fièvre typhoïde n'a aucun caractère anatomique des pustules ; 3° la fièvre typhoïde ne coexiste jamais spontanément avec la variole, de même que la variole ne coexiste jamais avec la fièvre typhoïde sur le même individu. 4° Il n'existe point de maladie formée de deux éléments, dont l'un serait la fièvre typhoïde et l'autre la variole : ce *mulet* pathologique est une chimère. 5° Il y a autant d'analogie entre la fièvre typhoïde et la variole qu'il y en a entre deux espèces végétales ou animales de genres différents : il n'y en a pas plus. 6° Déduire le traitement de la fièvre typhoïde de l'histoire de la variole, c'est la même chose que de déduire les propriétés de l'oxygène de celles de l'hydrogène; 7° toute indication thérapeutique déduite de la coexistence habituelle de ces maladies sur le même individu est une supposition arbitraire, contraire à tous les faits connus sans exception ; 8° le traitement de la fièvre typhoïde par le sulfure noir de mercure et les onctions mercurielles ne repose sur aucune indication positive, et par conséquent ne peut être administré aux malades qu'à titre d'essai empirique.

De son côté, M. Mazade, d'Anduze, a adressé un travail intitulé : *Nouvelles observations sur l'emploi des onctions mercurielles dans le traitement de la fièvre typhoïde*, et dans lequel il annonce avoir

met en usage depuis 1834. La céphalalgie, la stupeur, le délire, le météorisme, le dévoiement, l'état fuligineux de la bouche, et l'éruption de taches rosées lenticulaires, se retrouvent dans toutes les observations qu'il rapporte. La maladie était parvenue à un haut degré d'intensité, et vainement un traitement rationnel lui avait été opposé, lorsque des onctions mercurielles furent employées à haute dose, sur de larges surfaces cutanées, et à des intervalles rapprochés. Pour activer l'absorption du mercure, on pratiqua tous les jours des lotions avec de l'eau de savon sur la portion des téguments qui devait recevoir ces onctions. Dans la première observation seulement, du calomel fut donné à l'intérieur, simultanément avec l'application extérieure de l'onguent mercuriel (l'auteur prescrit concurremment ces deux modes d'administration du mercure dans tous les cas de fièvre typhoïde caractérisés par un danger imminent). La durée du traitement mercuriel fut de cinq ou six jours. Dès le deuxième jour, et au plus tard dès le troisième, une amélioration notable s'était opérée dans l'état des malades. Le plus souvent cette modification heureuse se manifesta d'abord dans les symptômes nerveux; ensuite elle s'étendit aux désordres de la circulation et à ceux de l'appareil digestif. Au moment où les onctions mercurielles furent suspendues, tout phénomène rapide grave avait disparu. Les malades restèrent encore, pendant quelques jours, dans un état voisin de la convalescence, et qui n'exigeait l'intervention d'aucune médication active; la durée de la convalescence fut sensiblement abrégée. Excepté dans la première observation, l'influence du mercure sur l'appareil salivaire ne s'est montrée que très-modérée. En général, il a semblé à l'auteur que la médication mercurielle offrait peu de chances de succès, toutes les fois que la fièvre typhoïde sous forme grave progressait avec lenteur, qu'elle était caractérisée par des signes d'une adynamie profonde, et qu'elle atteignait un sujet entièrement débilité.

— M. Jobert (de Lamballe) a communiqué quatre nouvelles observations d'opérations, pratiquées par sa méthode d'*autoplastie par glissement*, chez des malades affectées de fistules du bas-fond de la vessie, avec perte de substance. Deux de ces fistules reposaient immédiatement sur le col utérin; toutes étaient consécutives à l'accouchement. M. Jobert a constaté chez ces quatre opérées, après la guérison, les dispositions suivantes: 1° Le point où avait existé la fistule ne laisse voir qu'une cicatrice plane, autour de laquelle on distingue un tissu cicatriciel ancien. 2° D'autres fois la cicatrice

plis antéro-postérieurs qui viennent s'y joindre. Cette cicatrice longitudinale ou transversale, suivant que la réunion s'est faite dans l'un ou l'autre sens, est rosée dans le commencement, et conserve pendant peu de temps cette coloration. 3° En avant ou en arrière de cette cicatrice, on aperçoit d'autres lignes transversales, qui indiquent la trace du bistouri; 4° sur toutes les malades, il a trouvé la paroi antérieure du vagin sans aucune déviation, et ayant sa direction normale. 5° Cette paroi est un peu plus élevée, à cause du point d'insertion du vagin au col de l'utérus, qui a changé de position: il s'insère, en effet, un peu plus haut que dans l'état normal. 6° M. Jobert a remarqué aussi qu'elle est plus ou moins tendue, et qu'elle n'est plus abaissée, plissée, comme cela se voit dans l'état ordinaire, parce que les plis qu'elle a en réserve ont été employés à réparer la perte de substance. La méthode employée par M. Jobert diffère, suivant lui, de la *méthode française*, dite par décollement ou par déplacement des tissus, en ce que dans cette dernière l'on détache un lambeau dans une étendue variable et toujours proportionnée à la perte de substance, et que l'on rapproche au contact les surfaces saignantes, maintenues par la suture (autrement dit, c'est par un véritable déplacement *actif*, c'est-à-dire par des tractions, que le chirurgien répare la perte de substance, avec le lambeau qu'il monte ou descend, suivant la position de la partie à réparer); tandis que par la méthode par glissement, caractérisée par une sorte de locomotion de l'organe, préalablement détaché dans une partie de ses insertions ou dans l'épaisseur de son trajet, on voit, aussitôt l'incision pratiquée, l'organe cheminer vers le point fixe, et réparer, par un véritable glissement, la perte de substance (c'est donc un véritable déplacement de totalité, en vertu duquel le vagin change de position, ainsi que la vessie, sur laquelle il repose).

— M. Tizon a fait connaître une combinaison propre à faire *distinguer l'arsenic d'avec les substances alimentaires*. Cette combinaison comprend le sulfure de mercure rouge, la poudre de coloquinte et la créosote. De cette manière, l'acide arsénieux offre une coloration rouge qui frappe la vue; le principe empyreumatique avertit l'odorat par son odeur forte et pénétrante; la poudre de coloquinte, à cause de sa saveur amère, empêche l'administration du poison par une main coupable.

VARIÉTÉS.

Extinction de la Revue médicale britannique. — *Mort de Dieffenbach.*

Après douze ans d'une existence toujours digne et honorable, l'un des organes les mieux accrédités de la presse médicale anglaise, celui dans lequel paraissait s'être réfugiée la critique médicale avec la science dans ce qu'elle a de plus élevé et de plus sérieux, le *The British and foreign medical review*, a cessé de paraître. Dans un *adieu* très-bien pensé et très-bien écrit, le rédacteur en chef, M. Forbes, fait connaître à ses abonnés les motifs graves qui lui avaient fait entreprendre la lutte dans laquelle il succombe aujourd'hui, et les causes qui, suivant lui, ont mis obstacle à la réussite d'une entreprise aussi utile. Nous avons eu trop souvent l'occasion d'apprécier l'esprit scientifique, l'exactitude et l'impartialité qui présidaient à la rédaction de cette revue, pour ne pas payer à l'éditeur un juste tribut d'éloges et de regrets. Il faut un certain courage pour sacrifier ainsi les plus belles années de sa vie et une partie de sa fortune à la réalisation d'une œuvre aussi difficile. M. Forbes attribue son insuccès à la multiplicité des journaux, et surtout des journaux hebdomadaires, qui peuvent apporter la nouvelle du jour, à l'établissement des sociétés médicales, au prix élevé d'un journal sérieux et à son indépendance. En effet, le nombre des lecteurs des journaux n'a pas augmenté proportionnellement aux organes nouveaux de la presse médicale, et il n'est que trop vrai qu'un grand nombre de médecins des mieux placés et des plus occupés n'ouvrent jamais un livre de médecine et encore moins un journal médical. Mais M. Forbes va plus loin. «Les qualités mêmes de la *Revue*, dit-il, celles qui lui avaient mérité les suffrages des hommes les plus compétents, étaient de véritables obstacles à sa réussite parmi un grand nombre de médecins. Ce journal était monté sur un ton trop élevé pour les connaissances si incomplètes des simples praticiens; ses discussions physiologiques et philosophiques, ses investigations de principes, ses généralisations, son style correct, mais abstrait et philosophique, étaient une lettre morte pour la plupart de ces derniers lecteurs. Ils auraient désiré quel-

que chose enfin qu'ils puissent saisir et comprendre facilement. Les *praticiens* proprement dits, c'est-à-dire ces hommes qui considèrent la littérature médicale comme une sorte de manufacture, de boutique, d'entreprise destinée à rechercher, découvrir, promulguer et faire connaître ce qu'ils entendent par améliorations pratiques, des remèdes nouveaux ou des modifications des anciens remèdes, des applications nouvelles ou améliorées de ces remèdes, bref, toute addition récente à la masse indigeste de médicaments empiriques ; tous ces hommes étaient désappointés de voir dans la *Revue* les principes généraux prendre la place des cas individuels, et les doctrines thérapeutiques remplacer les spécifiques tout neufs et les formules brillantes de régularité chimique ou pharmaceutique.» Nous nous associons aux réflexions pleines d'amertume que M. Forbes a adressées à ses lecteurs. Oui, M. Forbes a raison; ces qualités ont dû nuire au succès de la *Revue britannique*. Sans doute, en préconisant les recherches scientifiques et les doctrines thérapeutiques, en réprouvant ces narrations de cas individuels dépourvus de toute conséquence générale, en repoussant cet étalage de recettes, de panacées et de petits procédés insignifiants, M. Forbes n'a pas entendu proscrire les véritables améliorations de l'art, celles qui font réellement avancer la thérapeutique; ce qu'il a accusé à juste titre, c'est cet esprit d'industrialisme qui, en Angleterre, sans doute, comme en France, spécule sur l'ignorance et la routine, et expose sur ses tréteaux de la marchandise de bas aloi.

— On annonce de Berlin que le célèbre chirurgien Dieffenbach a été enlevé, le 12 novembre, par une mort subite, au milieu de son hôpital et de ses élèves. On ne sait pas encore à quelle lésion organique est dû ce funeste événement. Jean-Fréd. DIEFFENBACH était né en 1795, à Kœnisberg, et n'était donc âgé que de 52 ans. Destiné d'abord à la carrière ecclésiastique, il avait commencé à étudier la théologie, et ce ne fut qu'après avoir servi dans les armées de son pays, pendant les dernières guerres contre l'empire français, qu'il s'adonna, à la fin de 1816, à la médecine. Sa dissertation inaugurale date de 1822, et a commencé la série de travaux et d'opérations qui l'ont particulièrement fait connaître (*Nonnulla de regeneratione et transplantatione*, in-8°; Wurtzbourg, 1822). C'est, en effet, à l'autoplastie ou la réparation des parties détruites, qu'il consacra surtout sa méditation et son ha-

ble sur ce sujet (1). Plus tard, il a inventé ou perfectionné un bon nombre de procédés pour la *rhinoplastie*, la *cheiloplastie*, la *staphyloplastie*. Il a, pour la restauration des lèvres en particulier, imaginé une modification très-heureuse qui consiste à laisser intacte la membrane muqueuse de la joue et à la renverser de manière à procurer à la lèvre artificielle un bord libre semblable à celui de l'état normal. C'est encore en poursuivant ses premières idées sur les opérations autoplastiques, que Dieffenbach a attaché son nom à des procédés utiles pour les fistules urinaires. Le premier il exécuta la ténotomie indiquée pour le strabisme par Stromeyer. Il est l'auteur d'un grand nombre d'observations de maladies chirurgicales et d'opérations, publiées dans divers recueils, et particulièrement dans le journal de Rust et celui de Graefe et Walther, et qui sont la plupart extraites dans les premières séries de notre journal. Dieffenbach était professeur de médecine à l'Université de Berlin, et président du conseil de santé. Il avait, il y a long temps, publié un ouvrage sur la transfusion du sang et l'infusion des médicaments dans les veines (2), et un mémoire sur le choléra asiatique, lors de l'épidémie de 1832 (3). On dit qu'il laisse en manuscrit un ouvrage très-étendu sur l'éthérisation, et la majeure partie d'une histoire de la chirurgie, avec de nombreux dessins exécutés par lui-même.

---

(1) *Chir. Erfahrungen, besonders über die Wiederherstellung zerstörter Theile des menschl. Körpers nach neuen Methoden*. Berlin, 1829-30; in-8°, 2 part.

(2) *Die Transfusion des Blutes und die Infusion der Arzneien in die Blutsfässe*, etc. Berlin, 1828; in-8°.

(3) *Physiol. chir. Beobachtungen bei Cholerakranken*. Berlin, 1832; in-8°.

BIBLIOGRAPHIE.

Revue des travaux relatifs à l'histoire et à la littérature de la médecine, publiés en France et à l'étranger depuis le commencement de 1846; par le Dr DAREMBERG. (Suite.)

C. PRUYS VAN DER HOEVEN, *de Historia morborum, liber unus auditorum in usum editus.* Lugd. Batav., 1846; in-8° de XIV-360 p.

Dans diverses circonstances, j'ai traité de la nécessité de l'histoire des maladies; j'ai présenté, sur cette importante question, des considérations étendues, soit dans ma première leçon au Collége de France (Paris, 1847), soit en tête de la traduction de l'*Histoire de la syphilis* de Rosembaum, traduction dont la première partie a paru dans le dernier fascicule des *Annales des maladies de la peau;* je n'y reviendrai donc pas, je me contenterai de quelques mots sur le livre de M. V. D. Hoeven.

Conçu sur le même plan que son *Histoire de la médecine*, dont j'ai déjà rendu compte dans les *Archives*, ce nouvel ouvrage a précisément les mêmes qualités et les mêmes défauts : l'auteur ne s'occupe que des maladies épidémiques; il a consacré un certain nombre de chapitres particuliers aux maladies les plus importantes; (*mort noire, chorée, suette anglaise, dysenterie, grippe, cholera, fièvre jaune, peste*, etc.); puis il traite des maladies épidémiques suivant les siècles (à dater du XVIe) et suivant les pays; il passe ensuite aux endémies, et termine par des considérations sur la géographie pathologique. Ce plan, tout incomplet qu'il est, comportait des notions fort intéressantes, des renseignements précis, des indications bibliographiques instructives et propres à guider dans l'étude difficile et encore si nouvelle de la pathologie historique; malheureusement M. V. D. Hoeven, restant presque toujours dans un vague désespérant, ne prend aucun parti dans les questions controversées; il ne s'attache guère à faire ressortir la vraie nature pathologique des maladies, à distinguer les états morbides confondus sous le même nom, à suivre la diversité des manifestations eu égard aux temps et aux localités. On cherche en vain les traits caractéristiques qui séparent les diverses époques

stitution à une autre. La nosographie elle-même est insuffisante, et les descriptions ne sont pas toujours exactes ni complètes; la partie ancienne est très-écourtée; vingt pages seulement sont consacrées au moyen âge. Cependant, sans avoir besoin de recourir aux sources originales, on pouvait trouver, dans les divers travaux publiés dans ces derniers temps sur l'histoire des maladies, les matériaux d'un manuel fort utile, et qui aurait au moins représenté l'état de la science historique. Ce n'est pas cependant que je condamne absolument cet ouvrage : sortie de la plume d'un homme qui a fait ses preuves en érudition, l'*Historia morborum* renferme des éléments qu'on ne doit pas négliger. A ce titre, ce livre doit être consulté par tous ceux qui s'occupent de l'histoire de la médecine, mais il ne saurait suppléer ni le livre si instructif publié par M. Haeer, intitulé : *Hist. pathol. Untersuch. als Beitraege zur Gesch. der Volkskrankeiten* (Dresde et Leipzig, 1839-41 ; 2 vol. in-8°), ni l'*Histoire de la médecine moderne* (*Gesch. d. neueren Heilkunde*) par Hecker (Berlin, 1839), ouvrage excellent comme tous ceux qui sortent de la plume du professeur de Berlin.

— Les travaux sur l'histoire des *maladies épidémiques* ont été, dans ces derniers temps, peu nombreux, mais importants; nous citerons : — 1° deux savantes monographies du Dr Seitz, de Munich, l'une sur l'*Histoire du typhus spécialement en Bavière* (*der Typhus vorzueglich nach seinem Vorkommen in Bayern gerchildert;* Erlangen, 1847; de VIII-433 p.); l'autre sur l'*Histoire de la fièvre miliaire* (*der Friesel*, etc.; *ibid.*, 1846; in-8° de VIII-440 p.). Ces travaux méritent d'être connus en France par des analyses détaillées, ou plutôt par des traductions partielles. — 2° Une *Histoire de la scarlatine*, par le Dr Noirot (Dijon, 1847; 1 vol. in-8° de 400 p.). Cet ouvrage rappelle le beau temps de la littérature médicale à Dijon. M. Noirot traite successivement des origines de la scarlatine, des épidémies les plus remarquables, enfin de la nosographie et de la thérapeutique; il a particulièrement mis à contribution les auteurs allemands. — 3° Pinali, *Sopra l'antichità del migliare* (*Giornale*, etc.; Venezia, 1836, fasc. 55-57, p. 135); dissertation écrite avec une rare critique et avec beaucoup d'érudition.

toire des institutions médicales en Normandie; par A. Avenel. Rouen, 1847; in-8° de II-359 pages (avec la représentation du sceau du collége).

Les historiens de la médecine n'ont pas encore dépassé le cercle étroit franchi depuis le commencement de ce siècle par les maîtres de l'école historique moderne; je m'explique : On écrit encore l'histoire de la médecine comme on rédigeait l'histoire de France au temps de Mézeray et du P. Daniel; on se contente de retracer la vie des chefs d'école et d'exposer d'une façon plus ou moins critique les doctrines qu'ils ont imaginées ou renouvelées, comme autrefois les historiographes se bornaient à la narration des grands faits politiques et à la biographie des princes. Actuellement, les Guizot, les Thierry, les Barante, les Michelet, pénétrant au cœur même de l'histoire, interrogent avec une fructueuse curosité la vie la plus intime des peuples, exhument les archives les plus cachées, et nous font assister au développement même de la nation, de ses institutions, de ses lois, de ses coutumes et de son esprit; les provinces ont leur histoire, les corporations ont la leur; de tous ces éléments déjà acquis et auxquels beaucoup d'autres viendront encore s'ajouter, sortira sans doute un jour une véritable histoire nationale.

Eh bien, c'est dans cette voie qu'il faut enfin entrer pour l'histoire de la médecine considérée comme art et comme science. Est-il une étude plus attrayante que celle de l'organisation de la médecine et de la chirurgie chez les Grecs, chez les Arabes, au moyen âge et même aux XVIe, XVIIe, et XVIIIe siècles? Quoi de plus instructif que ces descriptions particulières de maladies épidémiques (1) ou autres laissées par des praticiens obscurs mais observateurs exacts et zélés? N'y a-t-il pas aussi un véritable intérêt à suivre la fortune des grandes doctrines en dehors des lieux où elles ont pris naissance, à étudier loin des écoles la pratique plus ou moins in-

---

(1) Il serait injuste de ne pas reconnaître que l'histoire des épidémies est beaucoup plus avancée que celle des maladies sporadiques. Ce résultat est dû particulièrement aux médecins français et allemands. Il doit en être ainsi, car la connaissance nosographique des épidémies est, pour ainsi dire, tout entière dans leur histoire; la différence que ces affections présentent aux diverses époques de leur apparition est beaucoup plus marquée que pour les affections sporadiques.

distances même considérables, les traces évidentes des théories abandonnées par les savants?

Toute l'histoire de la médecine au moyen âge est encore ensevelie dans les manuscrits des diverses bibliothèques. Il en est à peu près de même pour les époques suivantes jusqu'à la fin du XVIII[e] siècle. A notre époque, la centralisation tend de plus en plus à étouffer la séve intellectuelle dans les provinces, du moins en France; et cependant le tableau de la médecine au XIX[e] siècle serait impossible ou du moins très-infidèle, si on se bornait à l'histoire des centres d'instruction médicale. Ce que je dis sur l'histoire générale s'applique plus particulièrement encore à tout ce qui regarde l'histoire des maladies, surtout des affections épidémiques, des constitutions médicales, de tout ce qui touche aux corporations, aux hôpitaux, à la rivalité entre les divers ordres de praticiens, aux priviléges et au rang des médecins dans la société, en un mot à la médecine pratique et à la profession.

Je ne puis ici qu'effleurer un sujet sur lequel j'aurai plus tard l'occasion de revenir, mais je n'ai pu taire ces réflexions sommaires en présence du livre de M. Avenel, qui est, pour l'histoire de la médecine, ce que sont pour l'histoire de France les diverses publications faites par les soins de l'école des chartes et du ministère de l'instruction publique. Si chaque province suivait aujourd'hui l'exemple donné par Rouen, nous aurions bientôt les matériaux les plus précieux pour une histoire vraiment critique et complète de la médecine en France. En Allemagne, mon docte ami le D[r] Henschel est entré franchement et brillamment dans cette voie par la publication de divers opuscules relatifs à l'histoire de la médecine en Silésie (1); quelques médecins érudits se proposent de suivre son exemple pour d'autres provinces.

Mais je reviens au livre de M. Avenel. Fondé pour remédier aux abus qui s'étaient glissés dans la réception des médecins, le collége de Rouen, devenu plus tard le modèle de celui de Nancy, remonte au dernier quart du XVI[e] siècle. Les trois premiers registres de ses

---

(1) *Zur Geschichte der Medicin in Schlesien*. Breslau, 1837; in-8° de x-123 p.

Jatrologiæ Silesiæ specimen primum. Ibid., 1837; in-4° de VII-32 p.

Catalogus codicum medii ævi med. et phys. biblioth. Vratislaviæ adserv. Breslau, 1847; de IV-56 p.

remonte pas au delà de 1669, et finit avec l'institution même du collége en 1791. C'est la traduction française de cet ouvrage que M. Avenel publie. Il l'a fait précéder d'une instruction contenant l'histoire du collége; introduction qu'on lit avec attachement, comme du reste tout ce qui appartient à nos anciens jours.

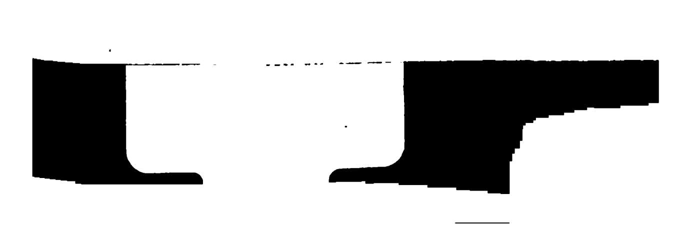
Je voudrais qu'il me fût permis de faire connaître tout ce que cette publication renferme d'intéressant sur les rivalités entre les médecins et chirurgiens, sur le rang des apothicaires, sur l'amour proverbial des procès parmi les médecins normands, sur le règne de l'autorité et de l'orthodoxie médicale, sur l'intervention du pouvoir dans les affaires médicales, sur les maladies régnantes, sur la pratique du temps, etc. etc.; mais l'espace me gêne, et je ne puis qu'engager le lecteur à se procurer un livre aussi difficile, du reste, à analyser que le seraient une chronique ou un carticulaire.

Synopsis plantarum floræ classicæ, oder uebersichtliche Darstellung der in klassischen Schriften der Griechen und Roemer vorkommenden Pfanzen, etc.; von C. Fraas, M. Dr. München, 1846; in-8° de 320 pages.

Klima und Pfanzenwel in der Zeit, ein Beitrag zur Geschichte beider; von Fraas (*le Climat et le règne végétal dans leur développement historique*, etc.). Landshut, in-8° de 137 pages.

Bien que ces deux ouvrages ne regardent pas directement l'histoire de la médecine, ils y tiennent cependant par des liens trop étroits pour qu'on puisse les négliger entièrement dans cette revue. Dans le premier M. Fraas s'occupe du problème difficile de rattacher les plantes mentionnées par les anciens à notre système actuel. Ce problème, quoiqu'il ait exercé la sagacité de plusieurs des plus grands botanistes, tant au xvie siècle qu'au nôtre, est cependant loin d'être résolu d'une manière satisfaisante: jusqu'ici il manquait à la solution de cette question un élément important, la connaissance complète et approfondie de la Flore des pays habités par les anciens, surtout de la Grèce. M. Fraas, qui a passé huit ans dans ce pays, consacrant une grande partie de ce temps à des excursions botaniques, était sans doute plus apte qu'aucun autre à combler les lacunes qui existaient dans cette partie de nos connaissances, et nous n'hésitons pas à reconnaître que ses recherches n'ont pas été faites en vain.

Dans la première partie de ce travail M. Fraas trace un tableau rapide de la Flore grecque et de ses diverses régions. Ce travail témoigne d'une exploration attentive, et nous l'avons lu avec intérêt. Dans la seconde, nous trouvons une liste, rangée d'après les familles naturelles, des plantes dont on rencontre le nom chez les anciens botanistes, surtout chez Théophraste auquel M. Fraas s'est attaché plus particulièrement, le regardant à juste titre comme le



M. Fraas ajoute les dénominations systématiques, les noms donnés actuellement en Grèce, et les endroits où on trouve les plantes dont il s'agit. Le plus souvent l'auteur est arrivé à des résultats aussi nouveaux que justes; cependant M. Fraas n'a pas toujours tenu un compte suffisant des travaux de ses devanciers. Ainsi à l'article πίσον M. Fraas paraît assuré que les πίσα des anciens ne sont pas autre chose que nos pois actuels; mais les doutes élevés à cet égard par Link (*die Urwelt ü. d. Altherthum erlautert durch Natürkunde*, t. I, p. 226) et Dierbach (*Flora Apiciana*, p. 82) nous paraissent être bien fondés.

Dans le second ouvrage, M. Fraas traite une question qui est encore plus ardue, qui a donné lieu dans ces derniers temps à un commencement de discussion à l'Académie des sciences à propos de l'ouvrage remarquable de M. Fuster, et qui intéresse vivement toutes les branches des sciences naturelles aussi bien que l'industrie agricole prise dans son acception la plus large: c'est la question de la fixité ou de la mobilité des climats dans la succession des âges. En comparant les plantes mentionnées par les anciens à celles qu'on trouve actuellement en Grèce, qu'elles soient produites par la nature abandonnée à elle-même, ou par la culture, M. Fraas est arrivé à cette conclusion que le climat de la Grèce a subi depuis Homère, ou plutôt depuis Théophraste, époque où les données deviennent plus exactes et plus détaillées, des modifications appréciables. Il ajoute que ce climat tend encore de nos jours, en poursuivant la modification qu'il a subie depuis l'antiquité, à devenir de plus en plus sec et chaud, ou à se rapprocher de plus en plus du climat des déserts.

Il semble que les raisons alléguées par M. Fraas en faveur de cette opinion, raisons qu'il faut étudier dans l'ouvrage lui-même, sont tellement péremptoires qu'on ne saurait se refuser à accepter sa conclusion.

Mais l'auteur ne s'est pas borné à ce résultat, il tâche d'aller plus loin encore en prétendant, mais toutefois argument décisif, que tout le pays habité pendant une longue suite de siècles par des nations civilisées doit nécessairement et indispensablement subir une métamorphose semblable. D'abord favorable au développement de l'action d'une nation civilisée, cette métamorphose lui devient à la longue nuisible par son exagération, et finit enfin par rendre un pays presque entièrement inhabitable. C'est en vain, selon l'auteur, que les hommes s'évertuent par des efforts impuissants à arrêter les effets de cette loi immuable: la nature triomphera toujours en démontrant d'une manière palpable à l'humanité qu'une terre épuisée par les travaux d'une société civilisée ne saurait donner les mêmes résultats qu'une terre vierge encore, qui n'attend que la main de l'homme pour déployer tous les trésors de fertilité qu'elle cache dans son sein.

J.-A.-H. Depaul, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. 1 vol. in-8° de 400 pages, avec 12 planches intercalées dans le texte; Paris, 1847. Chez Labé.

C'est le propre des grandes découvertes d'avoir toujours une portée plus vaste, et d'être susceptibles d'applications plus nombreuses et plus variées que celles que leur avait d'abord attribuées leur auteur. Lorsque Laennec fit connaître, dans son *Traité d'auscultation*, une méthode nouvelle de distinguer les maladies de poitrine, sa pensée avait bien soupçonné que dans un avenir plus ou moins éloigné, on trouverait moyen de l'utiliser pour le diagnostic d'un grand nombre d'autres états morbides; mais de là à ces applications ingénieuses aux diverses branches de l'art, qui, par leur étendue forment une véritable science tout à fait à part, il faut avouer qu'il y a loin, et il était réservé aux travailleurs patients et infatigables de notre époque, de féconder l'œuvre d'un homme de génie, et de la porter à ce degré de perfection que son esprit avait rêvé sans doute, mais que ses forces et la mort même l'empêchèrent de réaliser.

L'*auscultation obstétricale* en particulier a été longtemps un rameau peu vivace de la science mère. Quelques données générales bien vagues, des opinions contradictoires sur la cause et le mode de production des phénomènes stéthoscopiques, tout était là; mais quant à une appréciation précise de la portée et de la valeur de ces phénomènes; quant à déterminer exactement quel degré de confiance on pouvait leur attribuer, soit pour porter un pronostic, soit pour établir la conduite à suivre, on peut dire que la science était loin de posséder rien de complet à cet égard, et que, malgré les travaux publiés à diverses époques par les accoucheurs français et étrangers, cette méthode n'occupait pas dans la pratique obstétricale la place honorable à laquelle elle a droit. Il y avait donc sous ce point de vue une lacune, que le travail remarquable de M. Depaul est destiné à combler.

Le livre de M. Depaul est divisé en deux parties: la première renferme une revue historique très-complète de tous les travaux plus ou moins importants publiés sur la matière tant en France qu'à l'étranger; elle a pour but de montrer les progrès de la science, et de faire à chacun la part qui lui revient. Nous laisserons à nos lecteurs le plaisir de parcourir eux-mêmes cette portion de l'ouvrage de M. Depaul, ils y verront par quelles phases nombreuses l'auscultation obtétricale a successivement passé, et comment elle s'est dépouillée peu à peu des erreurs qui auraient pu en compromettre l'avenir. Dans la seconde partie, après avoir exposé les règles générales qu'il convient de suivre, quand on veut consulter avec avantage l'auscultation obstétricale, M. Depaul étudie dans autant de paragraphes distincts les phénomènes stéthoscopiques qui tiennent à la grossesse. Cette dernière partie renferme des résultats assez curieux et assez importants pour que nous croyions devoir lui consacrer quelques détails.

Le *souffle utérin* par lequel l'auteur commence son étude des bruits divers de la grossesse est, comme on sait, le plus inconstant

qu'il se rapproche des bruits artériels par son isochronisme avec les battements des artères de la mère, M. Depaul croit qu'on a voulu à tort établir une analogie complète entre ces divers bruits. Le souffle utérin se présente bien sous la forme d'un souffle légèrement ondulant, et séparé par un intervalle distinct du bruit suivant; mais il est constamment dépourvu d'une impulsion ou d'un choc quelconque. Passé le cinquième mois, on est à peu près certain de le rencontrer; il est cependant des cas dans lesquels M. Depaul, malgré les recherches les plus attentives, n'a pu le retrouver (12 sur 309); mais en revanche, cet observateur l'a entendu 27 fois sur 36 vers la fin du quatrième mois, 13 fois sur 22 à trois mois et demi ou quatre mois, et 1 fois sur 11 à la fin du troisième mois. Son intensité augmente en général avec le développement de la grossesse, du moins jusqu'au septième mois; car depuis cette époque jusqu'à la fin du neuvième, la différence est ordinairement bien peu sensible. Quant au siége de ce bruit, il n'a rien de fixe, et on peut affirmer qu'il n'est pas un point de l'organe utérin accessible au stéthoscope qui ne puisse le présenter. Dans la seconde moitié de la grossesse, c'est surtout de chaque côté de l'utérus, à peu de distance de l'arcade crurale, qu'il se montre le plus souvent (182 fois sur 295); plus rarement vers le fond de l'organe (43 sur 295), ou d'un seul côté (27 sur 295); plus rarement enfin dans tous les points de l'utérus où l'on peut placer le stéthoscope (18 sur 295). Dans la première moitié de la grossesse, on l'entend plus particulièrement au-dessus du pubis et sur la ligne médiane. N'est-ce pas là une preuve bien certaine que ce phénomène ne correspond pas à l'implantation du placenta, et ne peut par conséquent rien apprendre ni sur le lieu d'insertion, ni sur la forme, ni sur les maladies de cet organe vasculaire? Des faits nombreux recueillis par M. Depaul confirment pleinement cette conclusion. Mais le bruit de souffle utérin peut-il fournir des renseignements plus précis sur la situation du fœtus dans la cavité utérine, sur les maladies dont il peut être affecté ou sur sa mort? Pas davantage. D'une part, le fœtus change assez souvent d'attitudes dans l'intérieur de l'utérus, dans les premiers temps de la grossesse, pour qu'on puisse peu compter sur la détermination d'une position aussi variable, et de l'autre, le bruit de souffle ne présente, quoi qu'en aient dit Kennedy et M. Carrière, aucune modification dans son timbre, dans son intensité, etc., quel que soit l'état du fœtus; sa mort même n'apporte aucun changement; et comment n'en serait-il pas ainsi, lorsqu'on voit un bruit en tout semblable apparaître toutes les fois que l'utérus est distendu par un produit quelconque susceptible de développer le système vasculaire utérin, à peu près de la même manière que la grossesse? On comprend par ce qui précède combien est restreinte la valeur du bruit de souffle en tant que signe de la grossesse. Voici cependant de quelle manière M. Depaul en a apprécié la valeur réelle. « Pour y parvenir, dit-il, il me semble indispensable de se placer à deux points de vue différents: ou bien il s'agit d'un de ces cas simples et réguliers dans lesquels tout s'accorde à faire supposer qu'un produit de conception est renfermé dans les organes de la génération; et alors le souffle, s'il existe, tout en

devient lui-même beaucoup plus concluant par sa coïncidence avec eux ; de telle sorte qu'en général, dans la pratique, il suffit du concours de ces circonstances pour annoncer l'existence d'une grossesse : ou bien on se trouve en face d'un de ces cas bizarres dans lesquels le doute vient ordinairement à l'esprit, parce que si quelques-uns des phénomènes observés peuvent être rapportés à la gestation, d'autres, au contraire, semblent devoir la faire exclure. Alors si le souffle existe, on n'en peut rien conclure ; il ne doit avoir aucune influence sur le jugement qui doit intervenir. Qu'on se prononce sans crainte contre l'existence de la grossesse, si on trouve dans les autres signes rationnels et sensibles des éléments suffisants pour fonder sa conviction. » (P. 221.)

« Autant nous a paru minime l'importance du souffle utérin, dit M. Depaul, autant est grande celle des pulsations fœtales, et je n'hésite pas à le dire, il est tout aussi nécessaire, pendant le travail de l'accouchement, d'ausculter le cœur de l'enfant que de constater de temps en temps, par le toucher, les modifications que subit le segment inférieur de l'utérus. Ces deux modes d'investigation, qui, dans beaucoup de cas, peuvent se prêter un mutuel appui, doivent toujours être employés concurremment ; car il est des circonstances où tous les deux peuvent conduire à des résultats identiques, il en est d'autres où chacun en fournit qui lui sont propres. » Nous avons rapporté textuellement ce passage afin de prouver que si M. Depaul accorde une grande valeur à l'auscultation obstétricale, il est loin de s'en exagérer l'importance et d'en faire une méthode supérieure à l'investigation. S'il est quelque chose de bien établi aujourd'hui, c'est que la constatation des battements du cœur de l'enfant est la preuve la plus irrécusable de son existence et de sa vie ; et d'un autre côté, les caractères propres de ces battements sont tellement connus qu'il nous paraît inutile d'insister sur ces deux points ; mais il n'en est pas de même de plusieurs circonstances qui leur sont propres : et d'abord à quelle époque de la grossesse est-il possible de les percevoir pour la première fois ? Il résulte d'un très-grand nombre d'examens auxquels M. Depaul s'est livré, que les doubles battements ne peuvent être perçus avant trois mois et demi ; qu'on les trouve dans une proportion beaucoup plus grande chez les femmes parvenues à la fin du quatrième mois, et qu'enfin dans la grossesse de quatre mois et demi, leur absence constitue des exceptions très-rares. Ces bruits ayant leur siége dans le cœur de l'enfant, et celui-ci jouissant, dans les premiers mois, d'une grande mobilité, on conçoit combien doit varier le point de l'utérus auquel ils correspondent ; d'un autre côté, ces bruits se propageant toujours dans une étendue de 2, 3 et 4 pouces carrés, et même davantage, quoiqu'en s'affaiblissant, il s'ensuit que lorsqu'on veut utiliser ce renseignement, soit pour la détermination de la position qu'occupe le fœtus dans la cavité utérine, soit pour la distinction des grossesses simples et multiples, on ne peut se contenter de la constatation en quelque sorte *brute* de ces battements, mais qu'il faut s'assurer du point auquel correspond leur summum d'intensité et de la direction dans laquelle ils se propagent. Le défaut d'espace nous empêche de faire passer sous les yeux du lecteur tout

traité de ces deux applications pratiques des battements du cœur du fœtus; nous nous bornerons à dire que, de même que M. Mac Clintock, dont on a pu lire les conclusions dans la *Revue générale* de ce numéro, M. Depaul ne considère l'existence de deux doubles pulsations distinctes comme signe de la grossesse gémellaire qu'autant qu'elles ne sont pas *isochrones;* et en ce qui touche la détermination des rapports précis des diverses parties de l'enfant soit avec l'entrée du bassin, soit avec les parois utérines, nous pensons que personne ne pourra conserver de doutes sur sa possibilité, après avoir pris connaissance des résultats de M. Depaul.

Il est encore un point sur lequel nous voulons appeler l'attention : c'est celui qui a trait aux modifications qui peuvent se produire dans les battements du cœur du fœtus. Ici, l'auscultation obstétricale triomphe; car elle peut seule mettre sur la voie des désordres qui menacent la vie de l'enfant, et qui ne se traduisent cependant par aucun phénomène extérieur. De ces modifications, chose assez extraordinaire, l'accélération excessive est la moins importante, et celle qui appelle l'intervention de l'accoucheur de la manière la moins urgente; tandis que l'affaiblissement, l'irrégularité, la diminution dans le nombre de ces battements, annoncent toujours un état véritablement sérieux (sur ce point, MM. Depaul et Mac Clintock sont encore d'accord). On comprend facilement la valeur de pareils faits, quand le choix d'une opération est devenue nécessaire, et qu'on veut la fonder sur l'intérêt combiné de la mère et de l'enfant.

Il nous resterait à parler de deux autres signes de l'auscultation obstétricale, tous deux encore peu connus, et sur lesquels les recherches de M. Depaul ont jeté de véritables lumières; à savoir du *bruit de souffle fœtal* et des *bruits qui sont la conséquence des mouvements actifs du fœtus;* mais nous avons déjà dépassé de beaucoup les limites qui nous étaient accordées, entraîné par l'intérêt qui s'attache au sujet, et il ne nous reste plus que l'espace suffisant pour exprimer de nouveau ici la vive satisfaction que nous a procurée la lecture du livre de M. Depaul, et pour promettre à cet ouvrage le succès qui ne peut manquer à des recherches aussi utiles et aussi consciencieuses.

Études sur les maladies des femmes que l'on observe le plus fréquemment dans la pratique; par le Dr Alexis Favrot. 1 vol. in-8° de 423 pages; Paris, 1847. Chez Germer Baillière.

L'auteur s'est proposé de mettre sous les yeux des jeunes praticiens les difficultés et les embarras que doivent leur causer les maladies utérines au début de la carrière. Ce livre est donc surtout un exposé de l'état de la science et de ses incertitudes sur quelques points.

Les premiers chapitres sont consacrés à l'étude des moyens explorateurs, du toucher et du speculum en particulier; puis il est question des maladies suivantes: phlegmon des grandes lèvres, prurit des parties génitales, écoulements vaginaux blennorrhagiques et autres, granulations et ulcérations du col, déviations et engorgements du corps de la matrice, corps fibreux du même organe, kystes de l'ovaire.



M. Favrot met en relief les assertions contradictoires de deux maîtres éminents, MM. Velpeau et Lisfranc, et fait un tableau assez piquant des incertitudes que doivent laisser aux jeunes médecins les doctrines de ces deux chirurgiens; le premier soutenant que les inflexions du corps sur le col de la matrice sont des affections très-communes qu'on a le tort de prendre assez souvent pour des tuméfactions de l'organe; le second professant au contraire que les déviations n'ont aucune signification pathologique, et que les engorgements inflammatoires sont la cause principale des accidents éprouvés par les malades. Nous admettons très-volontiers le moyen terme choisi par M. Favrot; nous croyons depuis fort longtemps qu'il y a du vrai dans les assertions de MM. Velpeau et Lisfranc, et que l'un et l'autre sont tombés dans l'exagération; nous recommandons enfin la lecture de ce passage, comme un des plus utiles.

Nous regrettons de n'avoir pas trouvé quelque part une description du catarrhe utérin et des phlegmasies qui occupent la surface interne de l'utérus. Cet élément joue, selon nous, un grand rôle dans les affections chroniques de l'utérus, et il est en général beaucoup trop négligé dans l'appréciation symptomatologique, malgré les excellents travaux de MM. Cullerier, Ricord, Mélier et Gibert. Nous avons, pour notre compte, émis il y a quelques années (voy. *Arch. gén. de méd.*, 4e série, t. II) cette opinion que les douleurs et les symptômes inflammatoires dont l'utérus est le siége et le point de départ sont dus surtout aux engorgements et au catarrhe utérin, et nous n'avons pas craint d'avancer que les ulcérations étaient, dans le plus grand nombre des cas, sans valeur et sans influence fâcheuse. Ce que nous avons dit des ulcérations, nous le dirions aussi des granulations de la surface du col, auxquelles, depuis cette époque, on nous paraît attacher une importance beaucoup trop grande.

Or, dans cet ouvrage, M. Favrot nous semble n'avoir pas assez tenu compte des phlegmasies de la surface utérine interne, et avoir, comme beaucoup d'autres, accordé aux ulcérations et aux granulations une signification qu'elles n'ont pas. Il en résulte pour lui un certain embarras, lorsqu'il arrive au traitement par la cautérisation; il lui est impossible d'expliquer ou de faire comprendre comment les caustiques ou le fer rouge peuvent être utiles pour des solutions de continuité si superficielles, que le mot ulcération ne leur convient pas, et est souvent remplacé par ceux d'excoriation, d'exulcération; ce même embarras se présentera pour tous ceux qui voudront envisager la thérapeutique au point de vue des ulcérations et des granulations.

Pour nous, en un mot, le catarrhe utérin, les engorgements et les déviations, sont les trois éléments principaux de la métrite chronique, ceux contre lesquels doivent être dirigés les moyens thérapeutiques, en tenant compte des susceptibilités si variables du système nerveux dans le sexe féminin, et nous aimons à penser que l'expérience et la maturité amèneront M. Favrot à modifier dans cette direction ses idées et son livre. G.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES DU QUINZIÈME VOLUME

DE LA 4e SÉRIE.



Paris. — Rignoux, Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis*.